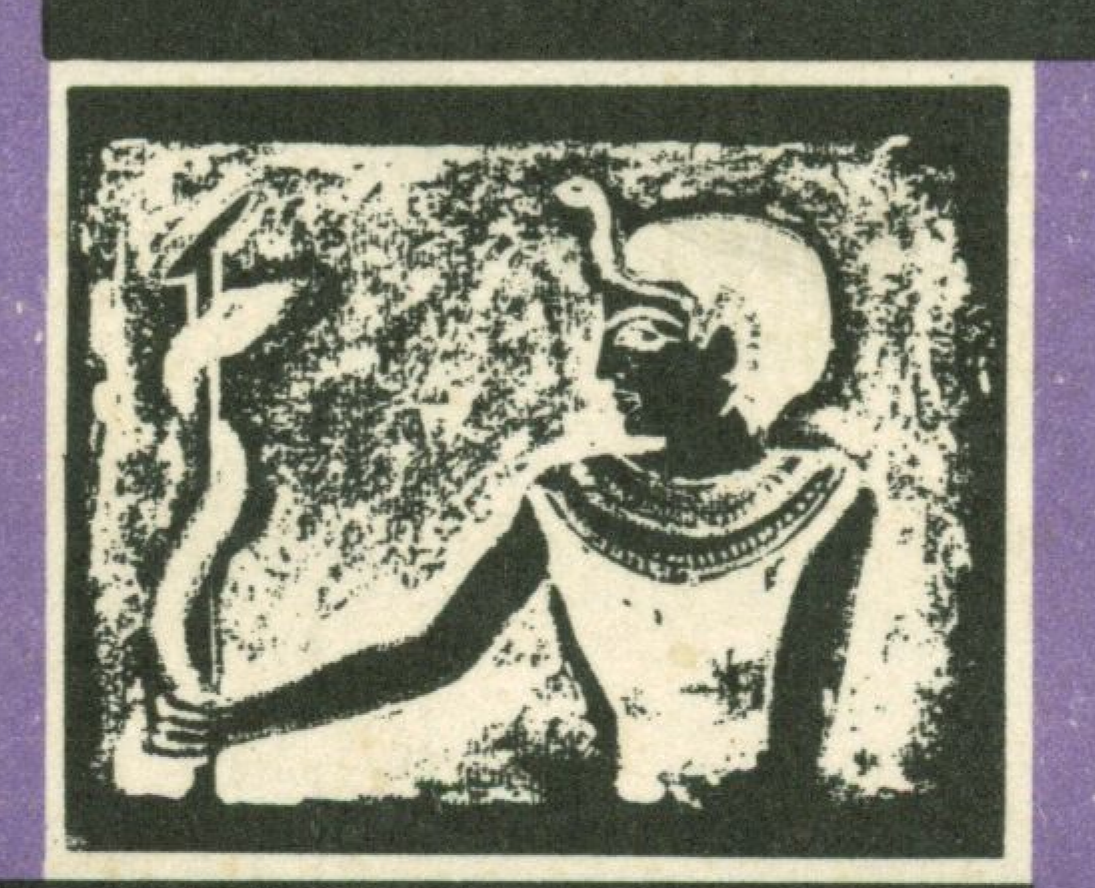
مكتبة الصحة والطب

الصحة والتنمية

تأليف

الدكتور شريف حتاته





دار المعارف بمصر

الصّحة والتنمية

الصّحة والتنمية

الدكتور شريف حتاته



دار المعارف بمصر

الناشر : دار المعارف بمصر — ١١١٩ كورنيش النيل — القاهرة ج . ع . م .

فهرس

صفحة

صفحة

الباب الخامس : العاملون فى الصحة

الفصل الأول

الفصل الثانى

الباب السادس : الصحة فى معركة العدوان

الفصل الأول

الفصل الثانى

ختام

مقدمة

(١) الصحة والتنمية

إن العلاقة بين صحة الشعوب وتطورها الاقتصادى والاجتماعى معقدة للغاية ، ومع هذا فمن المفيد أن نستعرض بعض نواحيها فى مستهل هذا الكتاب « عن الخدمات الصحية فى الجمهورية العربية المتحدة » .

فالصحة هى قبل كل شىء هدف من أهم أهداف التطور الاجتماعى والاقتصادى ، وهى « حق أساسى » لجميع الشعوب ، علاوة على أن « التطور الاقتصادى » ليس غرضاً فى حد ذاته ، بل وسيلة لزيادة رفاهية الشعوب ، بما فى ذلك تحسين المستوى الصحى — وأن المبادئ الإنسانية تحتم أن يفرد لمشكلة الصحة والمرض مكان بارز ضمن المسائل التى يجب إعطاؤها عناية خاصة . وقد ذكرت الجمعية العمومية لهيئة الصحة العالمية التى عقدت فى أواخر سنة ١٩٥٧ أنه «فى البلدان النامية» ينبغى اعتبار إنشاء شبكة تضم الحد الأدنى للخدمات الصحية الأساسية عملية جوهرية تسبق ما عداها من العمليات ، وتكون التنمية الزراعية والصناعية بدونها محفوفة بالمخاطر ، وبطيئة ، وغير اقتصادية . وبعبارة أخرى فإن الصحة ليست ثمرة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية فحسب ، بل هى أيضاً وسيلة أساسية — إلى جانب الوسائل الأخرى — لبلوغ الأهداف المرجوة فى تحقيق رفاهية شعوب البلاد النامية .

ومن الناحية العملية فقد ثبت أنه من الصعب تحديد حجم وأهمية هذه الزاوية من العلاقة بين الصحة والتنمية بدقة ، أو تقدير تكاليفها تقديراً سليما ، فيما عدا — بالطبع — بعض الحالات النوعية الخاصة بمناطق معينة ، مثل تأثير

استئصال الملاريا ، أو ذبابة التسى تسى على زيادة مساحة الأرض المنزرعة . ومع ذلك فإن هناك إدراكاً متزايداً بأن نسبة كبيرة من النفقات الصحية ليست مجرد نفقات « استهلاكية » ، وإنما يمكن اعتبارها أيضاً « رأس مال مستثمر » .

ولكن هناك ناحية ثالثة لها أهمية أساسية فى العلاقة بين التنمية والصحة . فالتنمية الاقتصادية والاجتماعية تأتى بفوائد كبيرة على الناحية الصحية ، ويتضح أكثر فأكثر أن جزءاً كبيراً من التقدم فى الميدان الصحى يعتمد على التحسن فى ميدان الاقتصاد والتعليم إلخ . ولكن فى نفس الوقت فإن خطط التنمية التى تفتقر إلى أسس سليمة يمكن أن تؤدى إلى أخطار جسيمة على الحالة الصحية وغيرها من نواحى الرفاهية الاجتماعية للشعوب . فالأخطار التى تصاحب تنمية موارد المياه فى الجمهورية العربية المتحدة معروفة بالأثر الذى يمكن أن تحدثه فى انتشار البلهارسيا أو الملاريا ، كما أن زيادة التنمية الصناعية تجاب فى ركابها عديداً من الأخطار الصحية ، سواء فى بيئة العمل ، أو البيئة الخارجية أو المنزلية .

ومن الأمثلة على ذلك أخطار تلوث الهواء نتيجة للتصنيع . ولا شك أن تلوث البيئة عن طريق الإنسان نفسه وما يقوم به من أعمال ، يزداد فى كل مكان . وهذه المشكلات الصحية إذا ما عولجت فى مرحلة التخطيط المبكرة يمكن أن توجد لها حلول يسيرة قليلة التكاليف نسبيًّا . أما إذا أرجئ ذلك إلى أن يستفحل الضرر فإن المسألة تصبح معقدة للغاية ، وتحتاج إلى تكاليف باهظة لعلاجها . وفى هذا المجال يمكننا أن نستفيد من تجربة الاتحاد السوفييتى حيث لا يقتصر الأمر على أن يعمل المخططون الصحيون مع المسئولين عن وضع خطط التنمية ، بل إن من سلطة المسئولين عن الصحة حق الاعتراض على خطط التنمية التى تؤدى إلى أخطار صحية حتى يتم تعديل هذه الخطط تعديلاً مناسباً .

إن الخدمات الصحية ، فضلاً عن أنها تهدف إلى الاحتفاظ بالصحة ورفع مستواها ومنع المرض ، وتوفير إمكانيات التشخيص والعلاج والتأهيل للمريض ، وهى تعتبر كلها أهدافاً فى ذاتها : وعوامل هامة من عوامل الرفاهية والسعادة

للأفراد والجماعات ، تتصل أيضاً اتصالاً وثيقاً بالعنصر البشرى فى التنمية ، فكلما تحسنت صحة العاملين ومنع عنهم المرض ، وطالت حياتهم ، أدى ذلك إلى زيادة الإنتاج . كما أن التحسن فى المستوى الصحى يقلل المصروفات التى تتكبدها الدولة فى الإنفاق على علاج المرضى ، وفى دفع الإعانات والتعويضات لهم مما يوفر مالا إضافيـًا للاستثمار والتنمية .

هكذا يتضح أن التخطيط الصحى جزء لا يتجزأ من أية خطة تنمية عامة.وأن الطبيعة المزدوجة للصحة بوصفها وسيلة وغاية للتنمية الاقتصادية فى آن واحد، تؤكد ضرورة توفير الاعتمادات المالية الكافية ، والمقصود – بكلمة « كافية » هو أن تكون قادرة على تنظيم وتشغيل خدمة تتمشى مع المرحلة العامة للتنمية فى البلاد ، وقادرة على معالجة أية مشكلات صحية جديدة قد تظهر فى المستقبل القريب . وهذه نقطة هامة ينبغى على الحكومة أن تضعها فى اعتبارها عند وضع خطط التنمية ، وعند تحديد الميزانية العادية والاستثمارية .

وقد حان الوقت لكى نلقى على الخطط الصحية المطبقة فى بلادنا نظرة أكثر دقة تتناول أسس هذه الخطط ، وما تم تحقيقه من نتائج ، وتقييم ذلك كله .

وتستلزم عمليات التخطيط عموماً إنشاء جهاز يتولى متابعة الخطة ، والحصول على سيل متواصل من المعلومات ، والبيانات ، والإحصاءات ، بحيث يمكن إجراء مراجعة دورية للخطة . والخطوة الأولى فى عملية التقييم الدورية هى وضع بيانات أساسية يمكن أن يقاس بمقتضاها مدى التقدم فى المستقبل . فالتخطيط ينبغى أن يكون على أساس من المعرفة ، وأن تعمل دراسات دقيقة فى المرحلة التحضيرية تبحث مختلف المشكلات الصحية فى البلاد ، والعادات والتقاليد الاجتماعية ، والموارد المادية ، والأيدى العاملة المتاحة ، والصعوبات التى قد تعوق التقدم المضطرد للخدمات .

وخلال السنوات الخمسة عشر الماضية قامت الحكومة بجمع أمثال هذه البيانات بحيث تضمنت معلومات عن الخدمات الصحية الموجودة ، والمؤسسات

الصحية . والمشكلات الصحية الكبرى والتدريب إلخ . ولكن ما زال ينقصنا في الواقع كثير من المعلومات الحيوية (فمثلاً لا يوجد حصر شامل للأطباء موزع على المحافظات وحسب التخصصات ، وهو أمر هام في التخطيط الجامعي سواء أكان على مستوى الممارس العام أم الأخصائيين . ولا يوجد إحصاء دقيق للأمراض المهنية في ارتباطها بالصناعات المختلفة ، وبظروف العمل ، وبفئات العاملين ، ولا توجد إحصاءات شاملة عن حالات الإصابة بالدرن ، وبالذات في الريف نتيجة لعدم توفر أجهزة الفحص الجموعي المتنقلة إلخ) .

هذا من جانب ، ومن الجانب الآخر هناك سؤال يلح علينا ، أو يجب أن يلح علينا الآن وهو : إلى أي مدى تشكل الخطط الصحية جزءاً من الخطة القومية الشاملة المتكاملة ؟ وإلى أي مدى تكون أهداف البرامج الصحية ، وأهداف القطاعات الأخرى متصلة ومترابطة ، بحيث تخدم بعضها البعض ، وتكون تأثيراتها المتبادلة واضحة المعالم ، وإلى أي مدى تتأثر الأولويات الأساسية للخطة الاقتصادية والاجتماعية بالعوامل الصحية ؟ وما مدى الدراسات التي تتم لتحديد ما لنواح معينة من الخطة في الحقل الاقتصادي أو الصناعي أو الزراعي من ضرر على الأحوال الصحية ؟ وما المدى الذي تبرز به نتائج التخطيط الصحي على القطاعات الأخرى ، وعلى سبيل المثال ما للنقص التدريجي في معدل الوفيات بين الأطفال من أثر عميق على الخطط الطويلة الأمد الخاصة بقطاعات التعليم ، وتخطيط الأيدي العاملة ، والزراعة إلخ .

ويبدو في الواقع حتى الآن أن الخطة القومية أقرب إلى أن تكون مجموعة من خطط القطاعات الفردية التي وضعت في انعزال عن بعضها البعض ، ثم تم تنسيقها من قبل السلطات المسئولة من الناحية المالية بالذات ، مع أنه ينبغي أن يوجد اتصال وثيق بين وزارة الصحة وجميع القطاعات الأخرى المعنية بالخطة القومية ، وعلى الأخص مع أجهزة التخطيط الحكومية العليا التي يجب أن تضم ممثلاً للصحة على درجة كبيرة من الكفاءة والمقدرة وبعد النظر . وما ينطبق على التخطيط

القومى ينطبق أيضاً على التخطيط المحلى . ولهذه المسألة أهمية خاصة فى إنشاء المشروعات المحلية الضخمة فى قطاع الصناعة أو الزراعة مثل السد العالى ، أو مجمع الحديد والصلب ، أو مشاريع استصلاح الأراضى إلخ . وذلك تفادياً للنتائج الضارة التى يمكن أن تؤثر تأثيراً كبيراً لا على صحة الأهالى فحسب ، بل أيضاً على نجاح الخطة نفسها .

(ب) أبعاد المشكلة الصحية فى الجمهورية العربية المتحدة

إن دراسة الخدمات الصحية لا يمكن أن تتم بطريقة شاملة ودقيقة ، إلا إذا وضعت فى إطارها الطبيعى ، أى فى إطار الظروف الاقتصادية والاجتماعية السائدة فى البلاد . فالأمراض شأنها شأن جميع الظواهر الاجتماعية ، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعوامل عديدة مثل الدخل ، ومستوى المعيشة ، والتغذية ، والسكن ، والثقافة ، والتعليم ، وعدد السكان إلخ . . . بل الأمراض فى بعض الأحيان نتاج مباشر للعوامل الأخرى . فمثلاً يسبب سوء التغذية ، والنقص فى الفيتامينات ، بعض الأمراض مثل البلاجرا ، وعمى الليل ، وفقر الدم ، والكساح فى الأطفال .

ولذلك فى أى دراسة عن الصحة ، لابد من التعرض للظروف الاقتصادية والاجتماعية ، لتتضح حقيقة المشكلة التى تواجهها الثورة ، حتى تتمكن من توفير الخدمات الصحية الكافية لسكان المدينة والريف .

فالبلاد النامية جميعاً ، ومنها الجمهورية العربية المتحدة ، تعانى من التركة الثقيلة التى ورثتها من عهود الاستغلال الاستعمارى الطويل .

وفيما يتعلق بالخدمات الصحية تؤثر هذه التركة تأثيراً مزدوجاً ، فمن ناحية ، ما زالت مواردنا محدودة — تحتاج إلى سنين من الجهد المتواصل لبناء صناعة قوية ، وزراعة متطورة ، حتى يرتفع الدخل القومى إلى المستوى الذى يسمح بإنفاق المبالغ اللازمة على الخدمات الصحية ، وعلى رفع مستوى معيشة الأفراد

عموماً . ومن ناحية أخرى أدت الظروف القاسية التى عانينا منها فى الماضى إلى تدهور المستوى الصحى ، وإلى تفشى الأمراض ، مما يتطلب جهوداً مضاعفة لحل المشاكل الصحية .

فالبلاد النامية ، إذا ما قورنت بالدول المتقدمة، تجد نفسها فى وضع معقد إزاء مشكلة الصحة . إنها تحتاج إلى إمكانيات مضاعفة لمواجهة الحالة الصحية السيئة التى خلفها الاستعمار ، بينما هى تعانى فى نفس الوقت من التخلف الاقتصادى ، ومن ضعف مواردها المادية المختلفة .

وحتى يمكن أن ندرك مدى صعوبة المهام التى تواجهنا فى هذا الميدان ، من المفيد أن نتعرض لبعض الأرقام .

١ ــ الدخل والإنفاق على الصحة

إن متوسط نصيب الفرد من الدخل الحقيقى سنة ٦٤ / ٦٥ فى الجمهورية العربية المتحدة يساوى ٥٠,٧ جنيهاً فى السنة ، إذا أخذنا فى اعتبارنا سنة ٥٢ / ٥٣ كأساس للمقارنة . ولكن إذا أخذنا سنة ٥١ / ٥٢ كأساس نجد أن هذا الرقم ينخفض إلى ٤٨ جنيهاً فى السنة . ويكون متوسط نصيب الأسرة ٢٤٠ جنيهاً فى السنة باعتبار أن متوسط عدد أفراد الأسرة خمسة .

وقد حدث ارتفاع ملحوظ فى الدخل الفردى منذ سنة ٥٢ / ٥٣ كما يتضح من الجدول رقم (١) ، خصوصاً إذا ما وضعنا فى الحسبان الخدمات المقدمة للمواطنين مثل مجانية التعليم ، والتوسع فى الخدمات الصحية ، والتأمينات الاجتماعية إلخ . . . .

الجدول رقم ١

السلسلة الزمنية للدخل القومى ومتوسط نصيب الفرد ومعدل التغير لكل منهما بالأسعار الثابتة (أسعار عام ٥٢ / ٥٣ ـــ ١٠٠)

السنة المالية	الدخل القومى بالمليون جنيه	معدل التغيير السنوى للدخل القومى	متوسط نصيب الفرد بالجنيه	معدل التغير السنوى لمتوسط الفرد من الدخل القومى
١٩٥٣/٥٢	٨٠٦	—	٣٧,١	—
١٩٥٤/٥٣	٨٧١	+٠,٠٨	٣٩,١	+٠,٠٥
١٩٥٥/٥٤	٩٣٠	+٠,٠٧	٤٠,٨	+٠,٠٤
١٩٥٦/٥٥	٨٨١	— ٠,٠٥	٣٧,٧	— ٠,٠٨
١٩٥٧/٥٦	٨٩٧	+٠,٠٢	٣٧,٥	— ٠,٠١
١٩٥٨/٥٧	٩٥٩	+٠,٠٧	٣٩,٩	+٠,٠٦
١٩٥٩/٥٨	٩٨٥	+٠,٠٣	٣٩,٤	— ٠,٠١
١٩٦٠/٥٩	١٠٩١	+٠,١٠	٤٢,٦	+٠,٠٨
١٩٦١/٦٠	١١٣٩	+٠,٠٤	٤٣,٣	+٠,٠٢
١٩٦٢/٦١	١١٩٠	+٠,٠٤	٤٤,٢	+٠,٠٢
١٩٦٣/٦٢	١٣٢٤	+٠,١١	٤٨,٠	+٠,٠٩
١٩٦٤/٦٣	١٤١٦,٤	+٠,٠٧	٤٩,٩	٠,٠٤
١٩٦٥/٦٤	١٤٧٩,٧	+٠,٠٤	٥٠,٧	٠,٠٢

ملحوظة : الزيادة تساوى ١٣,٦ جنيهاً بين سنة ٥٢ / ٥٣ وسنة ٦٤/ ٦٥ .

المصدر : إحصاءات عامة ودراسات تحليلية ـــ العدد ٤٥ الصادر فى سبتمبر ١٩٦٦ عن الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء .

ومع ذلك فما زال الدخل الفردى فى بلادنا من الدخول المنخفضة للغاية إذا ما قورن بأمثاله فى الدول المتقدمة ، ولنضرب على ذلك مثلين :

فى الولايات المتحدة يعتبر من يتقاضى أقل من ٣٠٠٠ دولار فى السنة شخصاً يعيش دون الحد الأدنى الحيوى ويدخل فى شريحة « الفقراء » . أما فى إنجلترا فالحد الأدنى يصل إلى ٤٨٠ جنيهاً تقريباً للفرد فى السنة . ومع عدم التغاضى عن الفارق فى مستوى الأسعار ، وعن مستلزمات الحياة العصرية فى البلاد المتقدمة صناعياً ، فإننا نستطيع بسهولة أن ندرك مدى الهوة السحيقة التى ما زالت تفصل بين مستوى الدخل فى الجمهورية العربية المتحدة وبينه فى إنجلترا وأمريكا .

إن دخل الفرد فى أمريكا وكذلك نسبة الدخول إلى عدد السكان هى كما يلى :

أقل من ٣,٠٠٠ دولار	١٦ ٪ من السكان
أكثر من ٣,٠٠٠ دولار	١٨ ٪ من السكان
« « ٥,٠٠٠ «	١٧ ٪ من السكان
« « ٧,٠٠٠ «	٢٤ ٪ من السكان
« « ١٠,٠٠٠ «	٢٥ ٪ من السكان

وإذا أضفنا إلى ذلك أن القياس على أساس المتوسطات لا يعطى فكرة سليمة ، نظراً لأن المجتمع يضم فئات ذات دخول عالية ، وأخرى تعيش فى أسفل السلم الاجتماعى ، يتضح على الفور أنه ما زال فى بلادنا ملايين من الذين لا يصلون حتى إلى هذا الدخل المتواضع (أى ٥٠ جنيهاً فى السنة) . ويكفى أن نذكر العمال الزراعيين ، والموسميين عموماً ، والبائعين الجائلين إلخ . . . ولذلك فالمتوسطات لا تعكس صورة حقيقية عن مستوى دخل الطبقات الفقيرة .

إزاء الموقف العصيب الذى تواجهه بلادنا من ناحية الدخل القومى ، والدخل بالنسبة للفرد ، من الطبيعى أن نجد له آثاراً مباشرة تطبع نفسها على مستوى الإنفاق العام ومن ثم على الإنفاق الخاص بالخدمات الصحية .

لقد ارتفع نصيب الفرد فى الإنفاق العام السنوى من ٩,٦ جنيهات فى سنة

٥٢ / ١٩٥٣ إلى ٣١,٨ جنيهاً سنة ٦٤ / ٦٥ بالأسعار الثابتة ثم إلى ٣٢,٢ جنيهاً سنة ٦٥ / ٦٦ كما يتضح من الجدول رقم (٢) .

الجدول رقم ٢

المسلسلة الزمنية لعدد السكان ومتوسط نصيب الفرد من تقديرات الإنفاق العام بالأسعار الثابتة (أسعار عام ٥٢/٥٣ = ١٠٠)

السنة المالية	تقديرات الإنفاق العام بالمليون جنيه	عدد السكان	متوسط نصيب الفرد من الإنفاق العام بالأسعار الثابتة بالجنيه
٥٢ / ١٩٥٣	٢٠٧,٩	٢١,٧	٩,٦
٥٣ / ١٩٥٤	٢٤٧,٩	٢٢,٣	١٠,١
٥٤ / ١٩٥٥	٢٩١,٨	٢٢,٨	١٢,٩
٥٥ / ١٩٥٦	٣١٧,٥	٢٣,٤	١٢,٤
٥٦ / ١٩٥٧	٣٤٢,٤	٢٣,٩	١٢,١
٥٧ / ١٩٥٨	٣٣٠,٥	٢٤,٤	١١,٥
٥٨ / ١٩٥٩	٤٣٢,٣	٢٥,٠	١٤,٧
٥٩ / ١٩٦٠	٥١١,١	٢٥,٦	١٧,٠
٦٠ / ١٩٦١	٧٠٠,١	٢٦,٣	٢٢,٢
٦١ / ١٩٦٢	٧٧٣,٩	٢٦,٩	٢٤,٣
٦٢ / ١٩٦٣	١٠١٢,٦	٢٧,٦	٣١,١
٦٣ / ١٩٦٤	١٠٧٩,٤	٢٨,٤	٣٠,٩
٦٤ / ١٩٦٥	١١٨٤,٤	٢٩,٢	٣١,٨
٦٥ / ١٩٦٦	١٢٠٦	٣٠,٠٥	٣٢,٢

ملحوظة : تثبيت الأسعار هو الذى يفسر أن الإنفاق بالنسبة للفرد ليس ناتج قسمة الإنفاق على عدد السكان .

المصدر : نفس المصدر السابق .

وإذا انتقلنا إلى الإنفاق على الخدمات الصحية نجد أنه لم يمثل سوى نسبة محدودة من الإنفاق العام . ومن الجدول رقم (٣) يمكننا أن نحدد هذه النسبة بالدقة .

الجدول رقم ٣
تطور الإنفاق على الخدمات الصحية

البيان	١٩٦٠/٥٩	١٩٦٥/٦٤	١٩٦٧/٦٦
إجمالى الإنفاق على الخدمات الصحية بالمليون جنيه	١٨،٧	٢٨،٥	٣١،٢٨
متوسط نصيب الفرد بالجنيه	٠،٧٠٤	٠،٩٦٧	١،٠٣
عدد السكان بالمليون	٢٥،٦	٢٩،٢	٣٠،٠

ملحوظة : البيانات مأخوذة من كتاب السيد على صبرى «سنوات التحول الاشتراكى وعن كتيب وزارة الصحة « الخدمات الصحية فى عهد الثورة ٥٢ — ١٩٦٦.

من الجداول السابقة يتضح أن متوسط الإنفاق بالنسبة للفرد فى الجمهورية العربية المتحدة هو ٣٢،٢ جنيها فى السنة منها ١،٠٣ جنيه للخدمات الصحية بنسبة ٣٪ تقريباً ، بينما تكلفة الخدمة الصحية السنوية للفرد فى الولايات المتحدة سنة ١٩٦٤ كانت ٢٧١ دولاراً من ٢٧٢٢ إنفاق عام للفرد ، أى ١٠٪ تقريباً ، وفى إنجلترا ٢٤ جنيهاً فى السنة ، كما أن نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية إلى الإنفاق العام للدولة يساوى ٥،٥٪ فى الولايات المتحدة ، ٥٪ فى السويد ، و ٤،٩٪ فى فرنسا سنة ١٩٦٥ . ولكن فى الجمهورية العربية المتحدة تنخفض هذه النسبة إلى ٢،٥٪ تقريباً .

إن ضعف الإمكانيات المادية هى لا شك إحدى المشاكل الرئيسية . بل المشكلة الرئيسية التى تواجهنا فى المعركة ضد المرض ، واللحاق بالدول المتقدمة .

وهذا يحتم علينا أن نبتكر الحلول البسيطة والثورية للقضاء على الأمراض التى تهدد حياة الملايين ، وأن نسير فى الطريق الذى تفرضه ظروفنا ، طريق الاعتماد على جماهير العاملين فى الخدمات الصحية ، وجماهير الشعب فى كل مكان .

وهكذا نجد أنفسنا مضطرين ، تحت ضغط احتياجات التنمية ، ورغم استفحال المشاكل الصحية فى بلادنا ، إلى تخصيص نسبة أقل من مجموع الإنفاق العام للخدمات الصحية ، عن النسبة المكرسة لهذا الغرض فى البلاد المتقدمة . ولا يخفى على أحد أيضاً الفارق الضخم بين أن يصرف للفرد ٢٧١ دولاراً فى السنة للرعاية الصحية ، وبين المبلغ الزهيد الذى يصرف على الفرد فى الجمهورية العربية المتحدة وهو ١,٠٣ جنيه ، أى ما يعادل ٢,٢٥ من الدولار تقريباً .

إن مجموع الأسرة فى الجمهورية العربية المتحدة فى يناير سنة ١٩٦٧ حسب إحصاءات إدارة التخطيط فى وزارة الصحة قد وصل إلى ٧٠,٨٨٨ شاملا جميع القطاعات منها ٤٥,٩٢١ سريراً عاماً أى بنسبة ١,٥ سرير لكل ألف من السكان .

إن نسبة الأسرة فى البلدان المتقدمة لكل ١٠٠٠ من السكان تتراوح بين ١٠,٠ فى الاتحاد السوفيتى و ٤,٤ فى إيطاليا ، وهى تصل إلى ٥,٣ فى السويد ، و ٥,٤ فى الولايات المتحدة ، و ٨,١ فى فرنسا ثم ٨,٥ فى كندا . وهنا أيضاً نرى المسافة التى ما زالت تفصلنا عن مثل هذه البلدان . (المصدر إحصاءات المكتب الإقليمى لهيئة الصحة الدولية) .

٢ ــ الغذاء والصحة

إن الدخل المنخفض ينتج عنه انخفاض فى مستوى التغذية ، والغذاء هو أول شىء يصرف عليه الإنسان فى حياته ، فالغريزة تدفعه إلى إشباع جوعه حفاظاً على البقاء . والناس جميعاً يعرفون الصلة الوثيقة بين الصحة والتغذية ، ويهتمون بأن يوفروا لأنفسهم أحسن غذاء ممكن . ومع ذلك فإن مستوى التغذية

فى بلادنا ما زال أقل بكثير مما يجب . إننا لا نصاب بالمجاعات التى تجتاح بلاداً مثل الهند . ولكن إذا علمنا أن الفرد يحتاج فى المتوسط إلى ٢٨٠٠ سعر حرارى فى اليوم ، وأن المواطن فى بلادنا لا يتناول فى المتوسط سوى ٢٥٢٩ سعراً حراريًّا يوميًّا ، أدركنا أن هناك حالة سوء تغذية مزمنة متفشية أساساً بين الفلاحين والعمال . يضاف إلى ذلك أن مقدار البروتينات فى الغذاء اليومى للفرد لا يتعدى ٧٤٫٧ جم منها ١١٫٨ جم فقط بروتين حيوانى .

هذا ... بينما يصل الاستهلاك الغذائى يوميًّا إلى ٢٩٠٤ سعر حرارى فى الولايات المتحدة ، و ٣١٧٤ فى سويسرا ، و ٣٢٧٤ فى إنجلترا . ويبين الجدول رقم ٤ الاستهلاك المقارن للمواد البروتينية والدهنية فى بعض البلدان مقدراً بالكيلو جرام ، وعلى مدار السنة ، بالنسبة للفرد .

الجدول رقم ٤

البـلد	لحوم	بيض	سمك	دهون	خضروات وفواكه	لبن	
						بروتين	دهون
إنجلترا	٤٧٫٨	١٥٫٦	٩٫٢	٢٤	٥٩٫٩	٧٫٦	٧٫٧
سويسرا	٦١٫٦	١٠	٤	٢٠٫٥	٧٦٫٤	٨٫٩	٩٫٩
الولايات المتحدة	٩٩٫٦	١٨	٤٫٨	٢١٫٣	٩٦٫٨	٨٫١	٨٫١
فرنسا	٧٤٫٥	١١٫٢	—	—	٩٨٫٤	٧٫٢	٦٫٢
الجمهورية العربية المتحدة	١٢٫٢	١٫٢	٤٫٩	٦٫٧	٩١	١٫٨	٢٫٧

المصدر : «إحصاءات أساسية » ٦٥/ ٦٦ الجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء .

إن نظرة عابرة على الجدول السابق تبين الفارق الضخم فى مستوى التغذية وأسلوبه بين بلد مثل أمريكا والجمهورية العربية المتحدة . وترتبط هذه المشكلة فى الواقع بالأزمة التى أخذ يعانى منها العالم فى إنتاج المواد الغذائية بالقدر الذى

يكفى العدد المتزايد من السكان ، تلك الأزمة التى تهدد العالم بمجاعات جديدة . والبلاد المستعمرة والنامية التى يرتبط اقتصادها بالإنتاج الزراعى هى التى تعانى ، على عكس ما كان يمكن أن نتصور ، من الأزمات الغذائية ، ومن أمراض سوء التغذية ، ومن النقص فى الفيتامينات وأعراض فقر الدم التى تؤثر كلها تأثيراً بالغ الخطورة فى بلادنا على النمو الجسدى والعقلى للأجيال المتعاقبة من الشباب ، فتنال من قدرتها على العمل ، وعلى الابتكار ، كما أنها تمهد الطريق لانقضاض الأمراض على الأجساد المنهكة ، وعلى الأخص الأمراض المتوطنة التى تشكل الخطر الأكبر على صحة الشعب .

٣ ــ كثافة السكان

يقترن مستوى الدخل الفردى ، ومستوى التغذية ، إلى درجة كبيرة بمشكلة الانفجار السكانى الذى تعانى منه الجمهورية العربية المتحدة ، والذى يجثم بكل ثقله على مستقبل بلادنا . فمنذ خمسين سنة كان معدل السكان ثلاثة أشخاص لكل فدان من الأرض الزراعية . أما الآن فقد أصبح العدد خمسة أشخاص لكل فدان من الأرض الزراعية . ويمكن بسهولة أن نتصور ما يمثله هذا التزاحم على الأرض من مشكلة فى مجال توفير الأغذية الكافية لإطعام السكان ، والعبء الذى لابد أن نتحمله لتصنيع البلاد واستيراد المواد الغذائية فى نفس الوقت .

إن الزيادة السريعة فى عدد السكان هى من العوامل الخطيرة التى تضغط على الحالة الصحية فى بلادنا ، لأنها تؤثر بعمق على مستوى دخل الفرد ، وتمتص جزءاً كبيراً من كل زيادة فى الدخل تحققها مشاريع التنمية ، وتخلق ظروفاً صحية معقدة يصعب معالجتها فى فترة وجيزة . إنها تجعل توفير الخدمات اللازمة أمراً مستعصياً . ولنأخذ مثلاً على ذلك مشكلة الإسكان ، فما زالت هناك أحياء فى القاهرة يعيش فيها الناس فى ظروف سيئة نتيجة لكثافة السكان ، التى تصل فى مناطق مثل باب الشعرية إلى ٣٥٠,٠٠٠ للكيلومتر المربع . وأغلب

قاطنى هذا الحى يعتمدون على تأجير حجرات منفردة يشغلها ٤ أو ٥ أفراد . ويصاحب هذا الوضع معدلات الهجرة المرتفعة من الريف إلى المدن الكبرى ، فى التعداد العام لمحافظة القاهرة سنة ١٩٦٠ نجد أن ٣٧,٩ ٪ من سكانها ولدوا بالمحافظات الأخرى .

وقد زاد عدد سكان القاهرة أكثر من ثلاثة أضعاف فى خلال ثلث قرن ، أى من سنة ١٩٢٧ إلى سنة ١٩٦٠ ، ولا شك أن هذا المعدل سيرتفع مع التصنيع السريع خلال الفترة ١٩٦٠ حتى ١٩٧٠ ؟

ويضاف إلى ذلك الظروف السكنية المتخلفة التى يحيا فى ظلها ٥٦ ٪ من المواطنين فى الريف :

وترتبط حالة الإسكان ارتباطاً وثيقاً بتوفير الخدمات الأخرى الجوهرية مثل المياه النقية ، والمجارى والحمامات ، ودورات المياه ، وهى جميعاً عناصر أساسية فى ميدان الصحة العامة ، وتؤثر تأثيراً مباشراً على الظروف الصحية التى يحيا فى ظلها الناس .

لقد وصل عدد السكان فى بلادنا إلى ٣٠,٠٥٣,٨٦١ حسب تعداد سنة ١٩٦٦ . وإذا أردنا أن ندرك أثر هذا التعداد على مدى توفر الخدمات الصحية يكفى أن نعرض نسبة عدد الأسرة لكل ألف من السكان فى أول الخطة الخمسية ثم نسبتها فى يناير سنة ١٩٦٧ .

الجدول رقم ٥

السنة	السكان بالمليون	عدد الأسرة العامة	النسبة للألف من السكان	عدد الأسرة المتخصصة	النسبة للألف من السكان
١٩٦٠	٢٦,٣	٤١,٧٥٣	١,٥ سرير للألف	١٣٦٦٢	٥, سرير للألف
١٩٦٧ (يناير)	٣٠,٠٥٣	٤٥,٩٢١	١,٥ « «	٢٤٩٦٧	٨, « «

المصدر : إحصاءات وزارة الصحة (إدارة التخطيط) :

يتضح من الجدول السابق أن نسبة الأسرة العامة ثابت على نفس الرقم وهو ١,٥ لكل ألف من السكان .

هكذا نرى أن معدل الزيادة فى السكان من شأنه أن يستوعب جزءاً هاماً من التوسع الذى يحدث فى الخدمات الصحية ، خصوصاً إذا راعينا الانكماش فى الاستثمارات الخاصة بالخدمات الذى تتميز به خطة الإنجاز للفترة ١٩٦٧ — ١٩٧٠ ، نظراً لمقتضيات التنمية الاقتصادية ، وضرورة تحديد الاستهلاك ، وظروف العدوان التى تمر بها البلاد .

إن كثافة السكان فى بلادنا مرتفعة للغاية إذا ما قورنت بالبلدان الأخرى ، بما فيها البلدان المتقدمة التى يوجد فيها تركز صناعى كبير فى المدن ، وخصوصاً وأن التركيز كله يقع على ضفاف النيل ، حيث توجد الأراضى الصالحة للزراعة ، بينما توجد مساحات شاسعة من الصحارى لا يوجد فيها سوى عدد ضئيل للغاية من العرب الرحل .

ومعدل المواليد (وهو عدد المواليد الأحياء خلال السنة مقسوماً على عدد السكان فى منتصف السنة ، مضروباً فى ألف) يعتبر أعلى من معدلات كثير من البلدان .

فمعدل المواليد فى الجمهورية عام ١٩٦٦ يقدر بـ ٤٣,٠ فى الألف ، بينما هو لا يزيد عن ١٣,٤ فى السويد و ١٧,٧ فى فرنسا لنفس العام . وهذا المعدل المرتفع لم يتغير منذ بداية القرن الحالى ، بينما انخفض معدل الوفيات العامة من ١٧,٧ فى الألف عام ١٩٤٥ إلى ١٥ فى الألف عام ٦٥ / ٦٦ نتيجة للتحسن فى الحالة الصحية . كما انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من ١٣٦ فى الألف عام ١٩٥٢ إلى ١٢٠ فى الألف عام ٦٥ / ٦٦ مع ملاحظة عامل مهم وهو أننا قد حققنا درجة أكبر من الدقة فى تسجيل الوفيات .

وكان من نتيجة بقاء معدل المواليد مرتفعاً مع انخفاض معدل الوفيات : أن اتسعت الفجوة بينهما وأسفرت عن زيادة مضطردة فى عدد السكان لم تر البلاد مثلها من قبل ، فبلغ معدل هذه الزيادة ٢٨ فى الألف سنة ٦٥ / ٦٦ بينما المعدل هو ٦,٥ فى الألف فى فرنسا و ١٤,١ فى الألف فى الولايات المتحدة : أى أن الزيادة فى الجمهورية العربية المتحدة فى الأعوام الأخيرة تبلغ ٨٠٠.٠٠٠ نسمة فى السنة على أساس ٢,٨ ٪ من السكان .

ولم تقتصر آثار الرعاية الصحية على اتساع الفجوة بين معدلات المواليد والوفيات ، بل زاد أيضاً متوسط العمر المتوقع بين الذكور عشر سنوات وبين الإناث سبع سنوات فى الفترة الممتدة من سنة ١٩٤٧ إلى ١٩٦٦ .

وتتميز المشكلة السكانية فى بلادنا بظاهرة يجب إبرازها ، وهى النسبة العالية للشباب بين السكان والتى تصل إلى ٥٦ ٪ . وقد اتضح من التعداد الأخير أن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات يمثلون ١٩ ٪ من السكان ، أما أولئك الذين لم يتعدوا سن الأربعة عشر عاماً فتمثل نسبتهم ٤٠ ٪ من المجموع الكلى . وهكذا فإن قطاعات كبيرة من القوة البشرية لا تعمل لأنها دون سن العمل ، بل تعتمد على عمل الآخرين لإعالتها ، مما يضيف أعباء ثقيلة على القوة المنتجة فى المجتمع ، ويؤدى إلى انخفاض مستوى المعيشة لأن ملايين الناس لا يضيفون شيئاً إلى الدخل القومى ، وإنما يعيشون كمستهلكين فقط ويحتاجون إلى خدمات مختلفة ، ومنها الخدمات الصحية .

الباب الأول

خطوط عامة

الفصل الأول

القطاع العام والقطاع الخاص فى الخدمات الصحية

تهتم المجتمعات الاشتراكية بالإنتاج ، وتسعى إلى استغلال جميع ثرواتها لصالح جماهير الشعب ، وتهتم أيضاً ، وبنفس القدر ، بتقديم الخدمات الأساسية لأفراد الشعب وخاصة تلك الفئات التى حرمت منها طويلاً . ولهذا السبب برزت المشاكل الصحية إلى المقدمة ، وأخذت تحتل مكاناً من تفكير وجهود المسئولين والباحثين .

الصحة والمجتمع

والمشكلة الصحية كما رأينا ليست قائمة بذاتها ، ولكنها مرتبطة أوثق الارتباط بعوامل أخرى مختلفة تتأثر بها وتؤثر فيها ، فالمستوى الصحى لمجتمع ما يتناسب مع مستواه الاقتصادى . وكلما زاد الدخل القومى والفردى ارتفع المستوى الصحى . وهو يتأثر أيضاً بدرجة التعليم والثقافة التى يتمتع بهما الشعب ، وبالظروف الاجتماعية المحيطة به ، بحيث تقل نسبة الأمراض ، كلما ارتفع المستوى الاجتماعى والتعليمى والثقافى .

ولذلك إذا أردنا الوصول إلى حلول جذرية لمشاكلنا الصحية ، وجب علينا أن ندرسها ونواجهها من خلال النظرة الشاملة لمجتمعنا ككل ، ومن خلال الأوضاع التى ورثناها عبر الأجيال المتعاقبة .

لقد فرض علينا تاريخ طويل من الاستغلال الاستعماري ، والتحكم الإقطاعي ، تخلفاً اقتصادياً واضحاً تولد عنه تفشي الأمية ، وانتشار الأمراض ، ومستوى منخفض للغاية فى معيشة جماهير الشعب .

وقد اعتمدت بلادنا دائماً على الزراعة كمصدر أساسي للحياة ، وما زال الفلاحون حتى الآن يكونون ٦٥ ٪ من مجموع السكان . وقد أدى إهمال القرية المصرية عبر قرون طويلة إلى وقوعها فى هوة سحيقة من التخلف والجمود ، فظلت كما هي دون تطوير يذكر إذا ما استثنينا ما بذل من جهد خلال السنوات الأخيرة . لقد كانت وما تزال محرومة من المرافق الأساسية ، والتعليم، بمفهومه الحديث، لم يجد سبيله إليها بالقدر الكافى . . . فأدى كل ذلك إلى انعدام الوعى الصحى تقريباً ، وإلى انتشار الدجل والشعوذة ، وإلى تفشى الأمراض وتوطنها على نطاق الصعيد والوجه البحرى .

وعندما أخذت البلاد بنظام الرى المستديم لزيادة غلة الأرض ، وبهدف زراعة القطن أساساً ، ارتفعت الإصابة بالبلهارسيا من ٥ ٪ ، وهى نسبة عادية فى الأراضى التى تعتمد على رى الحياض ، إلى ٧٥ ٪ فى أراضى الرى المستديم . وحيث إن مقاومة الأمراض المتوطنة والمعدية تعتمد إلى درجة كبيرة على فهم المواطنين لكيفية انتقال العدوى ، واستعدادهم لاتباع الوسائل اللازمة للوقاية منها ، يمكننا أن ندرك ما للتعليم والثقافة من أثر فى هذا المجال .

ولكن نتيجة لإهمال التعليم قبل الثورة ، وتفشى الأمية ظل الجهل بأبسط القواعد الصحية سائداً فى الريف ، وفى الأحياء الشعبية داخل المدن . ولذلك فالجهود التى تبذل حالياً لمقاومة هذه الأمراض ستظل محدودة الأثر طالما استمرت هذه الأوضاع التى تبعد المواطنين عن الإدراك الواعى لطرق التخلص منها ، وضرورة الاشتراك الإيجابى فى الحملات التى تنظم ضدها .

ويترتب على ما سبق انخفاض المستوى الصحى ، مما يؤدى إلى :

١ — ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المعدية بالمقارنة مع البلاد المتقدمة .

٢ – تفشى الإصابة بالأمراض المتوطنة التى تشكل الخطر الصحى الأول فى بلدنا .

٣ – انخفاض متوسط العمر .

٤ – تخلف الخدمات الصحية فى المدن والريف .

٥ – ضعف الوعى الصحى بين جماهير الشعب .

وتؤثر مشاكلنا الصحية تأثيراً مباشراً على مستوى الدخل القومى . فالبلهارسيا تصيب ما يقرب من ٤٠ ٪ من السكان حسب الإحصاءات الرسمية ، وإن كانت النسبة فى الغالب أكثر ارتفاعاً من ذلك . وينتج عن الإصابة بهذا المرض فقر الدم ، والهزال ، بل ومضاعفات خطيرة مثل تليف الكبد وسرطان المثانة . ويقدر الخبراء الخسارة الناجمة عن البلهارسيا وحدها بثلث الدخل القومى فى الريف .

والأمراض المتوطنة من المشكلات التى تحتاج إلى دراسة تفصيلية واهتمام خاص . ولكننا أوردنا مثال البلهارسيا لنبين أثر الظروف الاجتماعية على انتشار الأمراض ، بل وأكثر من ذلك أثر أساليب الإنتاج على بعض الأمراض (التحول من الرىّ الموسمى إلى رى مستديم) .

ولكن مما لا شك فيه أيضاً أن وجود مشاكل معقدة مثل الأمراض المتوطنة ، وانتشارها على نطاق واسع ، هى التى كشفت قصور الخدمة الطبية الخاصة عن تحمل المسئوليات والأعباء التى تلقيها علينا مثل هذه الأمراض ، وضرورة اتباع أسلوب آخر للوقاية منها وعلاجها .

وما ينطبق على أمراض الريف ، ينطبق أيضاً على أمراض المدينة ، التى أخذت طابعاً جديداً مع البناء السريع والشامل للصناعة الوطنية ، وتتضخم المدن بالسكان ، مما يدفع إلى المقدمة بأمراض مثل الدرن ، والأمراض المهنية ، وأمراض الدورة الدموية ، والأمراض النفسية والعصبية ، كما يؤدى فى نفس

الوقت إلى ظهور مشاكل صحية تتعلق بالتجمعات السكانية ، وإقامة المدن ، وانتشار المدارس . . . إلخ مما يستلزم وجود تخطيط شامل وجماعى للخدمات الصحية .

من هنا ، ومن نظرة الثورة إلى المواطنين كمنتجين يجب استثمار كل جهودهم ، وكبشر لهم حق الحياة، والصحة ، والراحة النفسية والجثمانية ، نبعت ضرورة تنظيم الخدمات الصحية بطريقة عصرية تعتمد على جهود الدولة أكثر مما تعتمد على جهود الأفراد .

هكذا ولدت المشاريع الجديدة فى الميدان الطبى ، ومع ولادة المشاريع الجديدة ، دخلت تنظيمات وأساليب جديدة لتعيش جنباً إلى جنب مع القديم ، وانعكس هذا الخليط من الجديد — والقديم ؛ ليخلق فى مجال الخدمات الصحية أيضاً ذلك الذى تعودنا على تسميته بمرحلة الانتقال .

وتتميز إذن مرحلة الانتقال فى مجال الخدمات الصحية بوجود عدة أنظمة للعلاج تعيش جنباً إلى جنب .

تعدد أنظمة العلاج

توجد ثلاثة قطاعات رئيسية تتولى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين :

١ — قطاع العلاج الخاص

يعتمد هذا القطاع على العلاقة المباشرة بين المريض والطبيب . وقد يبدو لأول وهلة أن ما يحكم هذه العلاقة هو الثقة بين الطبيب ومرضاه ، ولكن فى الواقع تتدخل عوامل أخرى مثل شهرة الطبيب ، وقلة عدد الأطباء فى مكان ما ، مع كثرتهم فى مكان آخر ، والمستوى الاقتصادى للمرضى . وهكذا تصبح المهنة الطبية خاضعة لقوانين العرض والطلب ، شأنها شأن أى سلعة أخرى . ويتوقف هذا النظام إذن على مقدرة المريض فى دفع تكاليف العلاج من أدوية ، وأبحاث ،

وإقامة فى المستشفيات الخاصة ، واستشارة الأطباء . ومع التخلف الاقتصادى الذى ورثناه ، أصبحت غالبية الشعب غير قادرة على تحمل تكاليف هذا الأسلوب فى العلاج ، وإن اضطر عديد من المرضى إلى الاعتماد على العلاج الخاص ، مما يترتب عليه إرهاق مادى لهم ولعائلاتهم ، وقصور فى العلاج نظراً لأن توفر جميع عناصره يندر أن يكون فى متناول المرضى العاديين .

ولما كان الربح عاملاً هاماً فقد عزف العاملون فى الحقل الطبى عن العمل فى المناطق النائية والمتخلفة ، رغم أنها دائماً ما تكون فى أشد الحاجة إلى الرعاية الصحية . وليس أدل على ذلك من تركز الأطباء فى المدن[1] ، وقلة عددهم نسبياً فى الريف ، مما دفع المسئولين عن الرعاية الصحية إلى فرض نظام التكليف على الأطباء الذين يتخرجون ، حتى يتوفر الحد الأدنى من الرعاية الصحية لسكان الريف . وامتد أثر هذا الوضع إلى ميدان التخصص . فالمشاهد أن الأطباء يقبلون على فروع التخصص الإكلينيكية ويعرضون عن التخصص فى الفروع الوقائية رغم الأهمية القصوى لهذه الفروع بالذات .

٢ ـ نظام التأمين الصحى

يعتمد هذا النظام على تأمين مجموعات معينة من الناس ضد المرض . وقد تقوم الدولة نفسها بهذا التأمين ، أو توكل به إلى مؤسسات معينة لتنفيذ القانون الملزم الذى يصدر لهذا الغرض . وفى بعض الأحيان تشرف عليه منظمات مستقلة بهدف خدمة أعضائها كما هو الحال فى النقابات والروابط .

وتتراوح درجة الخدمة الطبية بين التأمين الجزئى لأمراض معينة وبين التأمين الشامل لكافة الأمراض . كما تختلف قيمة ما يلتزم به المنتفع ، فأحياناً يقوم بسداد اشتراك محدد ، وفى حالات أخرى تفرض عليه بعض الرسوم مقابل جزء من خطوات العلاج

---

(١) ٤٥٪ من الأطباء موجودون فى القاهرة والإسكندرية .

٣ ــ نظام التأمين

هذا النظام مطبق فى عدد من البلدان الاشتراكية ، وفيه تلتزم الدولة بالإشراف التام على الخدمة الطبية التى تشمل جميع المواطنين بدون مقابل أو على أساس سداد مبالغ رمزية فى بعض خطوات العلاج . ويسمح هذا الأسلوب بتجنيد جميع الجهود والإمكانيات الطبية ، وتنسيق العمل بينهما كوحدة متكاملة ، وتوزيعها توزيعاً عادلاً على المواطنين. كما يؤدى هذا النظام إلى اختفاء عنصر الإلزام الاقتصادى من قبل المريض ، ويقضى على الطابع السلعى للمهنة الطبية .

وإذا تتبعنا الخدمة الطبية فى بلادنا نجد أنها اعتمدت لفترة طويلة على العلاج المجانى بواسطة وزارة الصحة أساساً، والعلاج الخاص عن طريق عيادات ومستشفيات مملوكة للأطباء . وقد تميز نشاط وزارة الصحة خلال هذه الفترة بالتوسع البطىء فى إنشاء مراكز العلاج ، وتنفيذ مختلف مشروعات الخدمة الطبية فى الريف ، مثل المستشفيات القروية ، ووحدات العلاج الشامل ،والمجموعات الصحية . واشتركت جهات حكومية أخرى بنصيبها فى توفير الخدمة الطبية مثل وزارة الشئون الاجتماعية ، ومجلس الخدمات الذى أشرف على إقامة الوحدات المجمعة .

ومن الواضح أن مثل هذا الخليط المتناثر من الخدمات الصحية المجانية والخاصة لم يكن فى استطاعته أن يواجه بكفاءة المشاكل الصحية المعقدة التى عانى منها الشعب ، والتى كانت تتطلب أسلوباً يعتمد على التخطيط ، والتنسيق ، والاهتمام الجدى بتوفير أوسع الخدمات الممكنة لجماهير الشعب .

وإننا نهدف فى الفصول القادمة إلى القيام بعرض تفصيلى للخدمات الصحية التى أقيمت بالذات منذ سنة ١٩٦١ بمميزاتها وعيوبها ، والوصول من خلال هذا

العرض إلى الخطوط الأساسية التي يجب أن تحكم العمل الطبي خلال مرحلة التحول إلى المجتمع الاشتراكي ، والاقتراحات التي يمكن تنفيذها للارتفاع بالخدمات الصحية إلى المستوى الذي يتفق مع رغبات الشعب ، ومع ضرورات التطور الاجتماعي ، والذي يتناسب في نفس الوقت مع الإمكانيات المادية التي يمكن أن توفرها الدولة كجزء من خطة التنمية .

الفصل الثانى

آفاق جديدة فى الخدمة الصحية

إن الشكوى من سوء الخدمة الطبية فى بلدنا تعود إلى نشأة هذه الخدمات نفسها فى أواسط القرن الماضى . إلا أن الملاحظ أن الشكوى تقتصر دائماً على الجانب العلاجى فقط ، ذلك أن الجانب العلاجى هو الذى يهم المواطنين بشكل مباشر .

وفى مناقشات الفنيين عن الخدمة الصحية نلاحظ أنهم ، فى كثير من الأحيان ، كانوا يرجعون أسباب هذا الانخفاض فى مستوى الخدمة الصحية إلى أسباب ثلاثة :

١ ـ قلة المنشآت الصحية بالنسبة إلى عدد السكان .

٢ ـ النقص فى العاملين والتجهيز والأدوية .

٣ ـ الإهمال وسوء الإدارة .

ونحن ، وإن كنا نوافق على أهمية هذه العوامل ، إلا أننا نرى أن المشكلة أعمق من ذلك . وهى تحتاج إلى مزيد من الجهد فى بحث أصولها وأسبابها ، حتى يمكن وضع الحلول السليمة للقضاء عليها .

والمشكلة الصحية فى الجمهورية العربية المتحدة ذات جوانب ثلاثة :

١ ـ الجانب الوقائى بما فيه الدرن ، والأوبئة ، والأمراض الوافدة ، والأمراض المهنية فى الصناعة .

٢ ـ الجانب العلاجى لمختلف الأمراض .

٣ ـ جانب الأمراض المتوطنة .

وجميع هذه الجوانب تتأثر بالطبع بمدى توفر المنشآت الصحية ، والأجهزة ، ومختلف فئات العاملين والفنيين فى ميدان الصحة .

عودة إلى الماضى . . .

إذا تتبعنا تاريخ الخدمة الصحية فى مصر يمكننا أن نلمس ، منذ مطلع القرن الحالى ، اهتماماً واضحاً بالجانب الوقائى وخاصة الأوبئة . ومن الإنصاف فى تقييم هذه الفترة تقدير النجاح الذى أمكن تحقيقه فى حماية المواطنين من الأوبئة الخطيرة مثل الطاعون ، والجدرى ، والكوليرا والتى كانت تحصد الآلاف من السكان عندما تتمكن من النفاذ إلى البلاد . وفى هذا الصدد صدرت القوانين الخاصة بالتحصين الإجبارى ، والحجر الصحى ، ثم امتد نطاق النشاط الوقائى عن طريق إنشاء مكاتب الصحة ، وصدرت القوانين الخاصة بالمحلات العامة ، والعاملين فيها ، وبخضوع المأكولات ، ومياه الشرب للفحص الطبى .

ولكن على الرغم من هذه المجهودات المتوالية إلا أن الباحث يستطيع أن يلمس القصور من ناحيتين أساسيتين .

١ — النقص فى دقة التنفيذ حيث لم تغط الحملات المتوالية ، سواء فى التحصين ، أو التفتيش على المحلات العامة والعاملين بها ، كل الذين يجب أن يشملوا بهذه الإجراءات . كما اتسم العمل نفسه ، نتيجة للضغط الشديد ، بالطابع الروتينى ، وتسديد الإحصائيات ، بدلاً من تنفيذ العمل نفسه .

٢ — إهمال الجانب الأهم فى الوقاية وهو دور جماهير الشعب المستفيدة من الرعاية الصحية . فاقتصرت الدعاية الصحية على الملصقات ، وبعض الكتابات الإعلانية الهزيلة ، ولم تحاول إشراك جماهير الشعب فى تبنى المشكلة الصحية والتفاعل معها ، ثم الارتفاع إلى مستوى الاستجابة الواعية للمجهود المطلوب ، والإشراك العملى فى حلها .

وفى مجال الأمراض المتوطنة اعتمدت الدولة أساساً على إنشاء مراكز العلاج

المختلفة ، وكثرت المشروعات الصحية فى الريف مثل المجموعات الصحية ، والوحدات المجمعة ، ووحدات الأمراض المتوطنة ، ووحدات العلاج الشامل ، والمراكز الاجتماعية التى أنشأتها وزارة الشئون الاجتماعية . كل ذلك فى محاولة للوصول إلى الحل الأمثل لمشكلة الأمراض المتوطنة .

ولكن النتيجة كانت دائماً محدودة للغاية ، وذلك بسبب تخصص هذه الوحدات من ناحية ولاتساع الرقعة التى تشرف عليها من ناحية أخرى . كما أهملت الدولة التركيز المستمر على نوعية جمهور الفلاحين بطرق العدوى من هذه الأمراض ، والوقاية منها . وفى رأينا أن هذا هو العامل الأساسى فى القضاء على هذه الأمراض . كما عملت الدولة أيضاً على تنفيذ خطة تهدف إلى التخلص من القواقع الناقلة للبلهارسيا ، وهو أمر يزيد صعوبة ، بل يؤكد استحالة تنفيذ كل هذا البرنامج من الناحية العملية .

أما من الناحية العلاجية فقد اعتمدت الدولة على إنشاء المستشفيات العامة والمركزية ، والمستشفيات المتخصصة ، هذا بالإضافة إلى مراكز العلاج الريفى المختلفة ، ورعاية الأمومة والطفولة ، والصحة المدرسية . ويمكننا أن نلاحظ فى خطة العلاج القديمة النقاط التالية :

١ — التوسع البطىء بالنسبة إلى سرعة تزايد عدد السكان من ناحية ، وحاجة المواطنين الماسة إلى الرعاية الطبية من الناحية الأخرى .

٢ — الفصل بين الخدمة العلاجية والخدمة الوقائية وخاصة فى مستوياتها الأولى .

٣ — إقامة المراكز العلاجية على أساس نظام التخصص ، بمعنى أن المريض مضطر فى أغلب الأحيان إلى استشارة الأخصائى مباشرة ، قبل المرور من خلال الممارس العام ، مما يشكل عبئاً ثقيلاً على التخصصات دون أن يكون هناك داع لذلك بالمرة .

٤ — اتساع الرقعة السكانية لكل فرع من فروع التخصص من حيث المساحة ، وعدد السكان ، مما يستحيل معه أداء الخدمة العلاجية بشكل مرض .

وكانت نتيجة ذلك أن غرقت هذه المنشآت فى دوامة المشاكل ، وفشلت فى أداء مهمتها . ونظراً لقلة هذه المنشآت ، وضعف الثقة فيها تربع القطاع الخاص على عرش الطب ، واحتكر تقديم الخدمات الصحية للمواطنين عن طريق العيادات ، والمستشفيات ، والصيدليات الخاصة كبديل وحيد يمكن للمريض أن يلجأ إليها عند الحاجة . واستأثرت هذه المنشآت بخدمة المواطنين ، بل وباهتمامهم ، وخاصة القادرين على الدفع . مما جعل الشفاء والدواء امتيازاً لا تتمتع به سوى الطبقات والفئات الموسرة فى المجتمع ، وحول مهنة الطب إلى عملية تجارية — يحصل فيها الغنى على أكبر قدر من الرعاية والاهتمام ، بينما الفئات العاملة الفقيرة التى تعانى من عذاب المرض ، والتى تفتك بحياتها مختلف العلل ، فلم تجد من يلتفت إلى المأساة التى تعيش فيها .

ولما كان أغلب الأطباء الذين يعملون لحسابهم الخاص فى العيادات ، والمستوصفات ، والمستشفيات هم أنفسهم المنوط لهم بالعمل فى مراكز العلاج المملوكة للدولة ، ولما كانت مرتباتهم ضئيلة للغاية بالنسبة إلى الدخل الذى يعود عليهم من عملهم الخاص ، كان من الطبيعى أن يستحوذ هذا العمل على اهتمامهم الأساسى ، مما أدى إلى مزيد من الهبوط فى مستوى المنشآت الصحية العامة والخدمات التى تقدمها للمواطنين .

وإن جاز لنا أن نستخدم الاصطلاحات الاقتصادية فى مجال الطب ، نلاحظ أن هذه الفترة تميزت بسيادة القطاع الخاص على الخدمة العلاجية ، بينما كان القطاع العام تابعاً له وخادماً لأغراضه .

ومما زاد الأمر تعقيداً أنه دخل إلى ميدان الخدمة العلاجية ، وخاصة فى الريف ، والأحياء الشعبية فى المدن أناس من غير الأطباء ، وتصدوا لمعالجة

المرضى ووصف الأدوية لهم ، منتهزين فرصة تخلف الوعى الصحى لدى المواطنين ، مما أدى إلى تدهور القيم فى المهنة الطبية ، وتفشى الفوضى فى حقل الخدمات الصحية .

ولما كان العلاج الخاص يتسم بالتكلفة العالية ، مما لا يسمح للغالبية العظمى من المواطنين بالاستفادة منه ، تميزت الخدمة فى هذا القطاع بأنها كانت مقصورة على أولئك الذين يستطيعون تحمل أعبائها المالية ، وإن لجأت إليها فئات من محدودى الدخل لفترات قصيرة ، وبشكل مبتسر متحملين الإرهاق المادى الواضح الذى يقترن بها .

من هنا ظهرت حدة التناقض بين حاجة الجماهير العريضة إلى الخدمة الطبية من جانب ، وعدم كفاءة القطاع العام فى القيام بهذا الالتزام من جانب آخر ، والذى اقترن بالأعباء المالية الباهظة التى كان يفرضها القطاع الخاص ، مما أخرج الغالبية العظمى من الشعب خارج نطاق اهتماماته .

مرحلة جديدة

كان لا بد لنضال الشعب فى سبيل حقوقه أن ينتهى إلى نقطة تحول ، يلقى فيها بأغلال الماضى ، لينطلق بكل قواه نحو إعادة بناء حياته على صورة يمكن أن تفتح له طريق التقدم نحو تحقيق الرفاهية والسعادة .

وبصدور قرارات يوليو سنة ١٩٦١ حدث تغير أساسى فى تركيب المجتمع ، وبدأت مرحلة التحول من النظام الاستغلالى القديم إلى نظام اشتراكى قادر على تحقيق آمال العمال والفلاحين وجميع الذين يعيشون على جهدهم وعلى عرقهم .

والسمة المميزة للمجتمع الاشتراكى هو أنه ينبنى على العمل ، وعلى حق المواطنين فى أن يتمتعوا بثمار عملهم سواء على شكل أجور أو سلع أو خدمات ، مما يستلزم فى نفس الوقت القضاء على التلقائية فى إدارة شئون الدولة فى كافة الميادين ، والاعتماد على التخطيط الواعى لحل مشاكل المجتمع .

وكان من الطبيعى عندئذ أن تصطدم متطلبات الوضع الجديد مع الأشكال التقليدية القديمة التى صبت فيها الخدمة الطبية ، وأن يمتد الصراع فى سبيل تغيير المجتمع إلى معالجة المشكلة الصحية بطريقة جذرية وحاسمة .

لذلك ليس من باب الصدف أن يقترن التحول الاشتراكى فى بلدنا بتحول آخر فى ميدان الخدمة الصحية . وأن يبدأ العمل المنظم لإقامة المشاريع الصحية القادرة على تقديم الخدمات الصحية للجماهير التى كانت محرومة منها طوال الأجيال الماضية .

ومن هنا بدأ مشروع الوحدات الريفية لخدمة الفلاحين ، ومن هنا أيضاً نبع التفكير فى مشروع التأمين الصحى لخدمة العاملين فى الدولة والقطاع العام ، وهم يكونون غالبية سكان المدن .

إن دراسة هذين المشروعين الهامين يمكن أن تضع أقدامنا على الطريق لتفهم كيف يجب أن تقدم الخدمة الطبية للقطاعات الأساسية من جماهير الشعب العامل . ومع ذلك ، وحتى يمكن أن نستفيد من أخطاء الماضى لابد أن نسأل أنفسنا بعض الأسئلة الهامة .

أولا : ما هى النظرة الجديدة التى يجب أن تنبنى عليها الخدمة الطبية ؟

ثانياً : ما هو الشكل التنظيمى الذى يوفر أكبر قدر ممكن من الكفاءة فى تخطيط الخدمات الصحية وفى تنفيذها ؟

ثالثاً : ما هى العوامل المساعدة اللازمة لإنجاح الأسلوب الجديد فى تخطيط وتنفيذ الخدمات الصحية ؟

ما هى النظرة الحديثة للخدمات الطبية ؟

وفى الإجابة على السؤال الأول نقول إن النظرة الجديدة للخدمات الطبية تقوم على دعائم ثلاث .

الدعامة الأولى هى انتفاء عنصر الإلزام فى الحصول على الخدمة الطبية . والوسيلة المثلى فى تحقيق هذا الهدف هو التأميم الشامل للخدمات الطبية بحيث تشرف الدولة إشرافاً كاملاً على جميع الإمكانيات المتوفرة ، وتقوم هى بتدبير كل ما يلزم المواطنين من وقاية ، وعلاج ، ودواء ، دون مقابل ، أو بمقابل رمزى فى بعض الخطوات المتعلقة بالخدمة العلاجية .

ولكن النقص الواضح فى المنشآت الصحية والقوى البشرية والتجهيز ، وكذلك قصور الإمكانيات المالية المتوفرة حالياً يجعل هذا الحل سابقاً لأوانه، وإن كانت هذه الحقيقة لا تنفى ضرورة السعى الحثيث لتحقيق هذا الهدف ، وبالتالى ضرورة مراعاته فى تخطيط الخدمات الصحية وفى البرامج والمشاريع المختلفة التى تنفذ فى ميدان الخدمة الطبية .

وقد سبق أن بينا كيف أن سيطرة القطاع الخاص فى الخدمات الصحية هو فى الواقع العامل الأساسى الذى يؤدى إلى انخفاض مستوى هذه الخدمات ولكن مع انتشار المشاريع الجديدة ، وعلى الأخص مشروع الوحدات الريفية ومشروع التأمين الصحى ، ومع تطبيق الأسلوب العلمى فى تسلسل مستويات الخدمة العلاجية وترابطها ، وفى رفع مستوى كفاءة المنشآت الصحية المختلفة ، والخدمات التى تقدمها ، يمكن الوصول إلى النقطة التى يصبح فيها القطاع العام هو المسيطر على الخدمة الطبية ويتحول القطاع الخاص إلى قطاع تابع له خادم لأغراضه . عندئذ ستفتح الأبواب واسعة أمام الهدف الأكبر ، وهو التأميم الشامل للخدمات الصحية .

والدعامة الثانية التى تنبنى عليها النظرة الجديدة للخدمات الصحية هو الدور الأساسى الذى يجب أن تقوم به جماهير الشعب فى إنجاح الخدمات الصحية وتطويرها . فالجماهير العريضة من الشعب هى التى تستفيد أولاً وأخيراً من هذه الخدمات ، ولذلك لابد من أن تساهم بمجهوداتها فى حل مشاكلها . فإذا أخذنا مرض البلهارسيا كمثل نجد أن التجربة قد أثبتت بما لا يدع مجالاً للشك أن

كافة الأساليب والوسائل التى اتبعت حتى الآن فى مقاومته لم تحقق النتائج المرجوة . ذلك أنه لا يوجد حل لهذه المشكلة الخطيرة والمستعصية سوى التوعية المستمرة بين جماهير الفلاحين حول طرق العدوى من المرض والوقاية منها ، وتكتيل كافة الجهود الإدارية والشعبية للقضاء عليها .

إن دور الجماهير يمتد أيضاً إلى معالجة كل نقص أو إهمال يظهر فى الطريقة التى تدار بها ، أو فى الخدمات التى تقدمها للمنتفعين ، بل يمكن أن يمتد هذا الدور حتى إلى التطوع بالمال أو بالجهد ، أو بأى وسيلة أخرى للإسراع فى سد الثغرات الموجودة.

الدعامة الثالثة التى تبنى عليها النظرة الجديدة للخدمات الصحية تتعلق بضرورة تقييم نوعيةالخدمة الطبية فى الجمهورية العربية المتحدة ، ومقارنتها بالدول التى سبقتنا فى هذا الميدان . وقد أوضحنا فيما سبق أن التنظيم الطبى فى بلادنا اتجه إلى شكل أو آخر من التخصص فى الوحدات الصحية منذ البداية بحيث يتوجه المريض مباشرة إلى المستوى الطبى المتخصص .

وهذا الوضع لا يسمح بوجود علاقة ثابتة بين الطبيب ومرضاه ، بل يؤدى إلى وجود علاقة عمل على مستوى الحالة الواحدة وعند المرض فقط ، فينعدم التتبع الصحى للمريض ، أو الأسرة أو البيئة . وترتب على هذا الوضع أيضاً تفتيت القوى والجهود الصحية ، وانعدام الترابط بينها ، مما أدى إلى بعثرة الجهود المبذولة وازدواج العمل فى كثير من الأحيان .

أما المجتمعات المتقدمة ، فقد عرفت نتيجة للسبق الذى أحرزته فى ميدان التطور الاقتصادى ، نظام طبيب العائلة ، وهو الطبيب الممارس العام الذى يشرف على كل ما يلزم العائلة من خدمة علاجية وإشراف صحى ، ويكون مستشارها فى الخدمات الوقائية والقائم على كل الإجراءات الخاصة بذلك ، كما يتم عرض أفرادها على الأخصائيين تحت إشرافه .

وهكذا تتأكد الصلة الثابتة والمستمرة بين الطبيب ومجتمعه ، ذلك المجتمع

الذى يشكله عدد من هذه العائلات ، وتتسلسل الخدمات الصحية بطريقة واضحة وفعالة . إلا أن ظروف التخلف الاقتصادى والثقافى فى البلاد النامية قد حالت دون نشأة هذا النظام ، وكان لا بد إذن من أن تولد أشكال أكثر تطوراً وأرسخ بناء مع تطبيق التخطيط الصحى الحديث فى بلادنا . ومن بين هذه الأشكال ، بل على رأسها ، الوحدة الصحية البيئية ، بمعنى أن تكون الركيزة الأولى للخدمة الصحية مبنية على أساس خدمة بيئة محدودة ، أو قطاع معين من المواطنين ، تتكفل الوحدة الصحية بكل متطلباتهم من علاج ، ووقاية ، ورعاية مستمرة ، وأن تكون هذه الوحدة مركز الإشعاع الصحى فى محيطها لنشر الثقافة ، والوعى الصحى ، وأسلوب الوقاية من الأمراض المختلفة ، والمشرفة على المدرسة الموجودة فى البيئة ، ومحال الأكل ، والمرافق العامة . وباختصار أن يخلق التفاعل الحى الذى لابد منه بين المنشأة الصحية والبيئة التى تخدمها . ومن هذه الركيزة الأولى ، وتحت إشرافها يتم التحويل للمستويات التالية سواء فى العلاج أو فى الوقاية بشكل يتميز بالحيوية ، والبساطة ، والسهولة ، ويتحرر من التعقيدات الإدارية والمكتبية ، ويحقق التكامل فى الخدمة الطبية بحيث يمكن القضاء على التناقضات القائمة بين فروعها المختلفة .

ما هو الشكل التنظيمى الذى نريده ؟

وهكذا ، على أساس النظرة الجديدة لطريقة تنظيم الخدمات الصحية ، يصبح من الأهمية بمكان أن نحدد الشكل التنظيمى الكفء الذى يسمح بوضع هذه النظرة موضع التطبيق . وفى الجزء السابق بينا أن الركيزة الأساسية فى الخدمة الصحية هى خلق الوحدة الصحية البيئية ، بحيث تتجمع فيها كافة الخدمات العلاجية والوقائية لقطاع معين من المواطنين .

وفى المستوى القيادى يجب أن يوجد جهاز مركزى واحد تخضع لإشرافه

جميع أوجه النشاط العاملة فى المجال الطبى ، ويتمتع بالمقدرة على التخطيط للخدمات الصحية والتنسيق بين القطاعات المختلفة التى تعمل فى المجال الطبى .

وبناء على ذلك تصبح مهمة هذا الجهاز كما يلى :

١ – التخطيط للخدمة الصحية ولفروعها المختلفة وتحديد البرامج ، ووضع معدلات الأداء ، وتحديد المستويات والنماذج المطلوبة .

٢ – متابعة ما يتم فى تنفيذ الخطة والبرامج وتقييمها .

٣ – التنسيق بين القطاعات المختلفة العاملة فى الخدمة الطبية وإخضاع نشاطها للصالح العام .

وبين هذين المستويين تتنوع التخصصات المختلفة علاجياً وتتشكل الوحدات والمنشآت الصحية على مستوى القرى ، والمدن ، والأحياء ، ومع ذلك يجب أن تتضح وظيفة كل مستوى ، وتتحدد علاقته بالمستوى التالى له ، أو الأعلى منه ، وبهذا تتكامل الخدمة الطبية وتقضى على البعثرة ، وتفتت الجهود ، وازدواج العمل .

إن وضوح التسلسل الذى تنبنى عليه الخدمة الطبية يتطلب تحديد الشكل التنظيمى الكفء الذى يسمح بوضعه موضع التنفيذ .

وفى الجزء السابق بينا أن الركيزة الأساسية التى نعتمد عليها فى تنظيم الخدمات الصحية بالأسلوب الحديث هى الوحدة الصحية البيئية ، والتى تتجمع فيها الخدمات العلاجية والوقائية لبيئة معينة أو قطاع معين من الناس ، ثم أشرنا إلى أهمية وجود جهاز مركزى واحد يختص بالتخطيط للخدمات الصحية وينسق الجهود والإمكانيات المتاحة ، وينظمها .

وهكذا توجد بين المستوى القيادى وبين الوحدات الصحية القاعدية تخصصات متنوعة ومختلفة ، فى المحافظات ، والمراكز ، والأقسام ، سواء العلاجية منها أو الوقائية ، طبقاً للاحتياجات الفعلية للمواطنين . وتتحدد وظيفة كل مستوى ، وعلاقته بالمستوى الأعلى أو الأدنى ، فتصبح كل وحدة أو منشأة

صحية ذات وظيفة محددة داخل الإطار الشامل حتى تتكامل الخدمة الطبية ، ويقضى على البعثرة والفردية فى المجال الطبى . إن الاعتماد على التسلسل العلمى مع تحديد وظيفة المستويات المختلفة هو السبيل الوحيد للوصول إلى الشكل التطبيقى الأمثل .

والشكل التنظيمى يستمد أسسه من السياسة التى يجب أن تبنى عليها الخدمات الصحية ، والتى أشرنا إلى خطوطها العريضة فيما سبق .

وهو فى الواقع من أهم العوامل التى تسبب نجاح أو فشل السياسة الصحية . وقد رأينا أن النظرة الجديدة تتطلب وضع الخدمات الصحية على مستويات ثلاثة أساسية :

المستوى الأول القيادى الذى يقوم بدوره على نطاق الجمهورية كلها ويخطط للخدمات بطريقة شاملة .

والمستوى الثانى المرتبط بالبيئة والذى يوكل إليه ترجمة هذه الخطة الشاملة إلى خطط جزئية ثم تنفيذها ، والذى يشارك فى بداية وضع الخطة بتحديد أهداف المجال الذى يعمل فيه . وبين هذين المستويين يوجد المستوى الثالث الذى تتفرع فيه المسئوليات طبقاً للتخصصات والاحتياجات ، وطبقاً لفروع الخدمة المختلفة . ويناط لهذا المستوى بالأعمال التخطيطية والتنفيذية فى حدود المجالات التى يشرف عليها .

وحتى يكون الأمر واضحاً تماماً نقول إنه فى المستوى القيادى يجب أن تختص وزارة الصحة بالإشراف الكامل على التخطيط الصحى على مستوى الجمهورية كلها . وهذا تنفيذاً للقاعدة التنظيمية المثلى التى تفترض وحدة القيادة ، ووحدة المسئولية ، حتى يمكن إدارة أى عمل بكفاءة ، ويتنافى مع بعثرة القيادات والمسئوليات التى لابد وأن يؤدى إلى عدم وجود خطة منسقة ، وتضارب الاتجاهات والفشل فى الاستفادة من الإمكانيات على أحسن صورة ممكنة[1] .

---

(١) من بين الهيئات الأخرى المشرفة على جزء من الخدمات الصحية توجد وزارة العمل ، والمواصلات والتعليم العالى . وهذا على سبيل المثال لا الحصر .

على وزارة الصحة إذن أن تتولى مسئولية تحديد الأهداف فى الإنشاءات والتجهيز والأفراد ، ومعدلات الأداء اللازمة ، والمستويات العلمية والخبرة المطلوب توفرها فى الأفراد العاملين ، مع متابعة تنفيذ كل هذه المسائل بصفة مستمرة ، على أن يترك التنفيذ الفعلى للأجهزة المحلية طبقاً للخطة المرسومة لها .

أما فى المستوى الأول وهى الوحدة الصحية البيئية (الوحدة الريفية فى القرى ، وعيادة الممارس العام فى المدينة) يجب أن تركز جميع الخدمات الطبية اللازمة لشن الحملة على المرض ، سواء أكانت وقائية أم علاجية . ومن هذه الوحدات ترتفع الخدمات الصحية إلى المستوى الثانى حيث تتفرع التخصصات فى المستشفيات المركزية والعامة ، وتتنوع معها المسئوليات فى نطاق الأجهزة المحلية ، سواء العلاجية منها أو الوقائية ، لكى تتجمع مرة أخرى على المستوى القيادى فى وزارة الصحة .

ويمكن تلخيص هذه الخطة التنظيمية إذن فى النقاط التالية :

١ — خلق طب البيئة على المستوى الأول (الممارس العام فى الوحدة الريفية وفى عيادة المدينة — حى أو منشأة) .

٢ — التسلسل العلمى للخدمة الطبية على مستويات لكل منها طبيعة محددة وواضحة مع الترابط العضوى بينها .

٣ — الإشراف الكامل للمستوى القيادى فى وزارة الصحة من الناحية التخطيطية ، ومن ناحية متابعة كل ما يتعلق بالخدمة الطبية ، طبقاً لمعدلات تحدد بالتدريج على أسس علمية ، وطبقاً للظروف الخاصة بنا ، وتحرير هذا المستوى من كل المشاكل ذات الطابع التفصيلى والروتينى .

٤ — تحرير القيادات المحلية إدارياً من المركزية وإعطائها استقلالاً ذاتياً فى مختلف نواحى نشاطها وتدعيمها تدريجيا بالعناصر ذات الكفاءة .

عوامل مساعدة

إن هذا كله لا يكفى وحده لنجاح الخطة الصحية ، بل يجب أن تتوافر عوامل أخرى مساعدة ، لها أهمية خاصة .

١ ــ الإدارة والتى يجب أن تتصف بالوعى والحزم ، والقدرة على إشراك العاملين والمنتفعين فى الجهود المطلوبة .

٢ ــ العاملون من أطباء وهيئة تمريض وفنيين وكتابيين الذين يجب أن يتوفر لدى كل منهم مستوى معين من الثقافة العلمية والتدريب ، يتفق مع الوظيفة التى يشغلها ، وأن يوجد العدد اللازم من كل فئة لمواجهة العمل المنوط لكل منشأة صحية على حدة .

٣ ــ التجهيز الذى يجب أن يتناسب مع الوظيفة التى أنشئت من أجلها الوحدة الصحية أو المستوى العلاجى والوقائى ليكون قادراً على تأدية الغرض المطلوب منه .

* * *

فى الصفحات السابقة تعرضنا للتطورات الرئيسية التى حدثت فى القواعد المنهجية التى تتحكم فى تنظيم الخدمات الصحية وتسلسلها . وقد كان هذا المنهج الحديث إحدى ثمرات الثورة الاجتماعية التى شملت بلادنا ، والتى جعلت سيادة الأسلوب العلمى فى كافة ميادين الإنتاج والخدمات أمراً لا مناص منه لتحقيق أهداف الشعب ، وبناء الحياة الجديدة التى تتطلع إليها الجماهير فى المدن والريف .

وسنرى فيما بعد الأثر الذى أحدثه هذا المنهج الجديد ، ونتائج هذه النظرة الجديدة فى تطور الخدمات الصحية التى اتسع نطاقها فى ظل ثورة ٢٣ يوليو وعلى الأخص بعد سنة ١٩٦١ .

الفصل الثالث

عندما وضعت الخطة الخمسية الأولى

اتسمت الظروف التى وضعت فيها الخطة الخمسية الأولى ، وكذلك السنوات التى شهدت تنفيذها ، بحدوث تغييرات اجتماعية عميقة أدت إلى تحول المجتمع بشكل حاسم فى اتجاه الاشتراكية . وكان هذا التحول فى نفس الوقت أمراً ضروريًّا حتى تتمكن الثورة من الشروع فى وضع خطة وأهداف محددة لعملية التنمية الاقتصادية فى مجال الإنتاج والخدمات .

وقد حدثت التغييرات الأساسية نتيجة لقوانين يوليو سنة ١٩٦١ ، بعد أن سارت البلاد خطوات فى تنفيذ الخطة الخمسية الأولى ، مما استدعى إجراء تعديلات هامة فيها . وسمحت هذه التغييرات بتوسيع نطاق هذه الخطة لتشمل أهدافًا وقطاعات لم تكن موجودة عندما وضعت فى مراحلها الأولى . وأصبحت الدولة قادرة ، لا على الاهتمام بالجانب الاقتصادى والإنتاجى فحسب ، وإنما أيضاً بالجوانب الاجتماعية والإنسانية ، مما دفعها إلى التوسع فى الخدمات المختلفة ومنها الخدمات الصحية . وهذه الخدمات تشكل دون شك عبئاً كبيراً على الخطة الاقتصادية فى أول مراحلها .

ومع ذلك فقد أثبتت التجربة أنه من المستحيل خلق حافز يساعد على زيادة الإنتاج دون الاهتمام بالمطالب العاجلة للشعب . إن رفع مستوى معيشة الجماهير العاملة فى الفترة الأولى والحرجة من شأنه أن يزيد حماس هذه الجماهير ويخلق لديها الدافع لبذل مزيد من الجهود . إنه لابد من إقناع الشعب ، وبذل محاولة جادة لمراعاة العوامل الإنسانية ، ولخلق الجو المناسب لاستغلال كل الطاقات . وهذا يتطلب أن يلمس الجيل الحاضر بنفسه تقدماً فى ظروف معيشته

خصوصاً بعد الحرمان الطويل الذى عانى منه الشعب فى ظل عهود الاستعمار والاستغلال .

المشكلات الصحية الأساسية

ويمكن تلخيص المشاكل الصحية الأساسية التى كانت قائمة قبل تنفيذ الخطة الخمسية الأولى فى المشكلات الآتية :

١ ـ مشكلة الأمراض المتوطنة .
ـ الملاريا .
ـ البلهارسيا .
ـ الأمراض الطفيلية الأخرى.
٢ ـ مشكلة الدرن .
٣ ـ الأمراض الوبائية والوافدة .
٤ ـ تزايد الأمراض المهنية نتيجة للتصنيع .
٥ ـ ارتفاع نسبة أمراض الأطفال .
٦ ـ ارتفاع نسبة أمراض العيون .
٧ ـ النقص الشديد فى الخدمات الصحية خصوصاً فى الريف .

تطورات الخطة الصحية

مرت ميزانية الخطة الخمسية الأولى لوزارة الصحة بعدة مراحل .فقد تقدمت الوزارة بثلاثة مشروعات أدخلت عليها تعديلات مختلفة إلى أن استقرت على الوضع النهائى .

وكانت الخطة الخمسية الأولى للدولة تهدف أساساً إلى زيادة الإنتاج فى القطاعين الصناعى والزراعى مع التركيز بالذات على خلق قاعدة صناعية

متينة . ولذلك نجد أنه قد خص قطاع الخدمات الاجتماعية مبلغ ١١١ مليون جنيه أى حوالى ٦,٥ ٪ من جملة استثمارات الخطة الأولى التى بلغت ١٦٩٦,٦ مليون جنيه .

وقد اعتمد لخطة وزارة الصحة مبلغ ٦,٥ ملايين جنيه أى حوالى ٥,٩ ٪ قيمة استثمارات قطاع الخدمات الاجتماعية ولكن عندما صدرت قوانين يوليو سنة ١٩٦١ أدخلت الدولة تعديلات جوهرية على خطة التنمية ، وشملت هذه التعديلات قطاع الخدمات الصحية . ويقدم الجدول رقم ٦ دراسة مقارنة للأرقام تبين التعديلات فى كل بند من بنود ميزانية الخطة الخمسية للخدمات الصحية .

وكان لابد أن يترتب على ذلك تغييرات أساسية فى اتجاهات خطة الخدمات الصحية . ويمكن تلخيص أهم هذه التغيرات فيما يلى :

الجدول رقم ٦

مقارنة بين مشروع الخطة المعتمدة والمشروع المنفذ

البيان	المشروع المعتمد	المشروع المنفذ
الأمراض المتوطنة	٣٠,٠٠٠	١٣٢,٨٦١
الخدمات الطبية الوقائية	٦٤٨,٢٥٠	١,٥٦٣,٢٩٢
الخدمات العلاجية	٤,٤٢٤,٣٠٠	١٠,٧٢١,١٦٦
الخدمات الطبية الريفية	١٥٠,٠٠٠	٥,٧٦٤,٩٨٠
المعامل	١٣٥,٠٠٠	٦١٥,٧٥٩
الصحة المدرسية	٢٤٠,٠٠٠	٢٩٤,٧٥٠
التموين الطبى	١١٨,٤٠٠	١٠٧,٥٣٤
التدريب	٦٦,٠٠٠	٣٢١,٥٧٤
البحوث العلمية		٢٣٤,٤٥٥
	٦,٥٥١,٥٠٠	١٩,٧٦٦,٣٨١

١ — ارتفعت الاستثمارات المخصصة للخدمات الطبية الريفية من ١٥٠,٠٠٠ فى المشروع المعتمد إلى ٥,٧٦٤,٩٨٠ فى الخطة المنفذة نتيجة لتنفيذ مشروع الوحدات الصحية الريفية .

٢ — ارتفعت الاستثمارات المخصصة للخدمات العلاجية من ٤,٤٢٤,٣٠٠ جنيه إلى ١٠,٧٢١,١٦٦ فى الخطة المنفذة ، وذلك بسبب إنشاء المستشفيات العامة بالقاهرة وعواصم المحافظات وكذلك نتيجة لزيادة عدد المستشفيات المركزية من ٢٧ مستشفى سعة ٤٠ سريراً إلى ٣٩ مستشفى سعة ٦٠ سريراً .

٣ — ارتفعت الاستثمارات المخصصة للخدمات الطبية الوقائية من ٦٤٨,٢٥٠ جنيهاً إلى ١,٥٦٣,٢٩٢ فى الخطة المنفذة .

٤ — خصصت استثمارات بمبلغ ٢٣٤,٤٥٥ للبحوث الطبية .

ولكن جزءاً من هذه الزيادات نبع من ارتفاع التكاليف الفعاية للإنشاء والتجهيز بسبب سوء التقدير فى بعض الأحيان ، وبسبب الارتفاع العام فى الأسعار على نطاق عملية الإنشاء كلها .

وبصرف النظر عن رأينا فى الخطة الصحية التى وضعت فى هذه الفترة ، والتى سنتعرض إليها بالتفصيل فيما بعد ، فإن وزارة الصحة قد عبرت عن الأهداف الرئيسية للخطة فى مطبوعاتها الرسمية ويمكن تلخيص الأهداف التى وضحتها الوزارة فيما يلى :

١ — تعميم الخدمات الصحية بالقطاع الريفى والمناطق النائية وتسلسلها حتى تتوفر الرعاية الطبية لأهل الريف .

٢ — إقامة منشآت صحية جديدة فى المناطق المحرومة أو بدلاً من وحدات قديمة متداعية أصبحت غير صالحة .

٣ — رفع الكفاية الإنتاجية للوحدات القائمة عن طريق توفير الإمكانيات المادية والبشرية المطلوبة (أجهزة ، أدوية أفراد إلخ) . . .

٤ — توفير الدواء للمواطنين بأسعار مخفضة مع التوسع فى سياسة التصنيع .

٥ — توسيع مجالات البحث الطبي .
٦ — الاهتمام بتدريب العاملين بمختلف فئاتهم .

وفي الفصول القادمة سنتناول بالدراسة الخدمات الصحية في ميادينها المختلفة بحيث تشمل هذه الدراسة الوضع الذي كان قائماً قبل تنفيذ الخطة الخمسية الأولى ، ثم الإنجازات التي تمت ؛ وأخيراً النواقص والثغرات التي يمكن ملاحظتها في كل مجال ، والاقتراحات الكفيلة بالقضاء عليها .

الباب الثانى

الصحة وقاية

الفصل الأول

الأعداء الثلاثة

الأمراض المتوطنة من أخطر الأعداء على صحة المواطنين . ولذلك فإن مسألة استئصال هذه الأمراض هى المهمة الأولى فى أى خطة صحية ناجحة . ومهما كانت هذه المهمة صعبة ، وتحتاج إلى جهود طويلة وإلى مصروفات كبيرة ، فإنه من الواجب رسم خطة طويلة الأمد للتخلص منها ، ووضعها فى مقدمة الأهداف الصحية التى نريد تحقيقها ومع ذلك لم تنل هذه المسألة حتى الآن الاهتمام الواجب من الهيئات الرسمية والشعبية .

١ — الدورة الخبيثة

عرفت « البلهارسيا » بهذا الاسم نسبة إلى مكتشفها العالم الألمانى « بلهارس » . ويعتبر مرض البلهارسيا فى الجمهورية العربية المتحدة أهم المشاكل الصحية التى تواجهنا . ويظهر أثرها بوضوح فيما تسببه من نقص فى الإنتاج قدره الخبراء بما يساوى ٨٠ إلى ١٠٠ مليون جنيه فى السنة ، كما تقدر نسبة الانخفاض فى قدرة المصاب على العمل بما يوازى من ٣٠٪ إلى ٥٠ ٪ . والبلهارسيا مرض يصيب الإنسان منذ القدم ، ويلازم الحضارة الزراعية فى وديان الأنهار العظيمة .

ويتضح من الإحصاء الخاص بسنة ٦٥ / ٦٦ أن ما يقرب من ٣٩ ٪ من سكان الجمهورية مصابون بهذا المرض ، وتصل النسبة فى بعض المحافظات إلى ٧٠ ٪ . فإذا كان عدد السكان فى بلادنا ٣٠ مليون نسمة يتبين لنا أن هناك ١٢,٠٠٠,٠٠٠ من المواطنين الذين يعانون وطأة هذا المرض . ويمكن القول بأن ما يقرب من خمسة ملايين منهم يدخلون فى عداد اليد العاملة التى تحتاج إليها البلاد للنهوض بمواردها الزراعية والصناعية .

ولهذه المسألة أهمية خاصة فى الزراعة حيث إن توفير اليد العاملة القوية يساعد على تحقيق الارتفاع المطلوب فى الإنتاج الزراعى ، وعلى توفير جزء من العملة الصعبة التى تستخدم فى استيراد المواد الغذائية كما يسد احتياجاً من اليد العاملة ومن المجهود البشرى المطلوب لاستصلاح واستزراع الأراضى البور والبكر وتوسيع الرقعة الزراعية .

إن سياسة التصنيع الشاملة للبلاد تحتاج هى أيضاً إلى وجود الأيدى العاملة السليمة . فإذا راعينا أن العاملين فى المدن عادة ما يهاجرون للعمل فيها من الريف ، وأنهم يحملون معهم أمراض هذا الريف ، يمكن أن ندرك ما لمرض البلهارسيا من أثر على العاملين فى المدينة .

كما أن البلاد فى معاركها الحالية ضد الاستعمار والصهيونية والرجعية تحتاج إلى جيش كبير ، يحمى الوطن ، ويساند نضال الشعوب العربية المتطلعة إلى الحرية . وقد ثبت من إحصاءات إدارة التجنيد ارتفاع نسبة المصابين بالبلهارسيا من أهالى الريف ، مما يسبب لهم ضعفاً شديداً ، ويؤدى إلى ضآلة أجسامهم ، وعدم القدرة على تحمل المشاق .

والبلهارسيا إلى جانب كل ذلك مشكلة إنسانية مفجعة لما تسببه من آلام لا حصر لها للمريض وعائلته ، ومن متاعب مالية تقضى على كل ما يملكه الفلاح من متاع الدنيا ، ومن موارد محدودة . وهى تمثل نسبة كبيرة من أسباب

الوفاة فى سن العمل نتيجة للمضاعفات الخطيرة التى تنشأ عن الإصابة بها . كما أنها تسبب تأخراً فى نمو المصابين بها جثمانياً وعقلياً .

عودة إلى الوراء : ويتعرض أهل الريف للإصابة بهذا المرض منذ مراحل الطفولة الأولى ، مما يدل على أن الإصابة به لا تقتصر على البالغين القائمين بالزراعة . ولذلك يمكن اعتباره من أمراض الطفولة . والواقع أن نسبة الإصابة بين الأطفال ترتفع إلى درجة مزعجة فى خمس أو ست السنوات الأولى من أعمارهم .

وفى بعض المناطق التى أجرى فيها بحث إحصائى ، وهى المنيا والشرقية ، كانت نسبة الإصابة بين السكان ٥٣ ٪ ، ارتفعت إلى ٦١ ٪ فى مغاغة ، ومطاى ، والعدوة ، وإلى ٦٨,٢ ٪ فى الحسينية شرقية . وكانت هذه النسبة تزيد كثيراً فى محافظات أخرى مثل المنوفية ، وكفر الشيخ ، والفيوم .

ونتيجة لعدم اتخاذ إجراءات حاسمة ضد هذا المرض أصيبت مناطق أخرى لم تكن تعرف هذا المرض . فلم تكن البلهارسيا المعوية موجودة حتى سنة ١٩٥٢ جنوب طريق الهرم . ولكنها انتشرت إلى الجنوب ، فيما بعد ، حتى عمت بنى سويف ، كما أخذت تمتد إلى مناطق أخرى فى الصعيد .

وقد اشتدت نسبة الإصابة بالبلهارسيا البولية فى مناطق أخرى فى الصعيد حين تحولت من رى الحياض إلى الرى المستديم . وكانت النسبة لا تتعدى ١١ ٪ قبل هذه التطورات (انظر الجدولين رقم ٧ ، ٨) .

الجدول رقم ٧

نسبة الإصابة قبل وبعد تحويل الحياض إلى رى مستديم

الجهة	نسبة الإصابة قبل التحويل سنة ١٩٣٤	نسبة الإصابة بعد التحويل فى سنة ١٩٣٧
السباعية (قنا)	١٠ ٪	٤٣ ٪
المنصورية (قنا)	١١ ٪	٦٤ ٪
الطلح (أسوان)	٧ ٪	٥٠ ٪
بنبان (أسوان)	٢ ٪	٧٥ ٪

الجدول رقم ٨

نسبة الإصابة فى الجهات التى بها رى مستديم ورى حياض

الجهة	المحافظة	نوع الرى	نسبة الإصابة
ديروط	أسيوط	رى مستديم	٦٠,١ ٪
أبو تيج		حياض	١٥,٤ ٪
جرجا	سوهاج	رى مستديم	٧٥ ٪
طما		حياض	٧,٥ ٪
نجع حمادى	قنا	رى مستديم	٦٥ ٪
قوص		حياض	٥,٦ ٪

أرقام الجدولين ٧ و٨ مستقاة من تقارير إدارة الصحة القروية بوزارة الصحة .

البلهارسيا

تتلخص أعمال مكافحة البلهارسيا فى النقاط التالية :

أولا : منع الأهالى من تلويث مجارى المياه .

ثانياً : فحص الأهالى وعلاج المصابين منهم .

ثالثاً : مكافحة القواقع الناقلة لطفيليات المرض .

أولا : منع تلويث مجارى المياه

إن هذه الخطوة وحدها ، إذا ما أمكن تنفيذها على نطاق واسع ، وبطريقة منظمة ؛ كفيلة بإيقاف العدوى بالبلهارسيا بين النشء الحديث ، وبين البالغين ، وتقديم أجيال خالية من هذا المرض فى الربع قرن القادم .

وتبدو هذه الخطوة لأول وهلة ، سهلة التنفيذ . إلا أنها تحتاج إلى مجهود جماهيرى واسع النطاق لتفهيم الشعب خطر هذا المرض ، وطريقة وصول العدوى إلى الإنسان ، كما يحتاج إلى تنظيم شامل ومحكم ، لتكتيل جهود كافة الأجهزة الإدارية والشعبية فى حملة توعية ، وفى عمليات تهدف إلى إيقاف تلويث المياه . وهى لذلك مهمة اجتماعية سياسية قبل أن تكون مهمة إدارية .

ثانياً : فحص الأهالى وعلاج المصابين منهم

إن عدد الوحدات الطبية التى يمكن أن تساهم فى علاج الأمراض المتوطنة على مستوى القرى والمراكز يبلغ ٢٠٠٧ حسب إحصاء ٦٥ / ٦٦ ، بما فيها الوحدات الريفية التى أنشئت خلال الخطة الخمسية الأولى . وتستطيع كل وحدة من هذه الوحدات تأدية الخدمات بشكل فعال إلى خمسة آلاف نسمة على الأكثر . وبذلك يكون مجموع السكان المستفيدين منها فى علاج البلهارسيا ١٠ ملايين ، كما يمكن أن تعمل هذه الوحدات كمراكز توعية .

ثالثاً : مكافحة القواقع

لجأت وزارة الصحة إلى وسيلة ثالثة تتطلب مصاريف باهظة ، ونتائجها غير مضمونة لأنها تحتاج إلى فحص وتطهير ملايين الكيلومترات من القنوات

والترع والمصارف . والواقع أنه ثبت فشل هذا الأسلوب وإن كانت وزارة الصحة لا تزال تبذل الجهود الكبيرة فى نفس الطريق .

إن مهمة القضاء على القواقع مسألة مستحيلة . إنه لمن أصعب الأمور أن تتحقق الجهات المسئولة من مدى جدية عمليات الفحص والتطهير التى تتم فى المجارى المائية ، كما أن الجهود المطلوبة ، والقوة البشرية اللازمة والمصاريف الضخمة تجعل من هذه المحاولات أمراً لا يمكن أن ينجح من الناحية العملية .

جهود خمس سنوات

إن دراسة الأرقام الخاصة بالأمراض المتوطنة تبين أن كل فلاح أو عامل زراعى تقدم للعلاج سنة ١٩٥٩ كان مصاباً بمرض أو آخر من أمراض الطفيليات وفى أحيان كثيرة بالبلهارسيا والإنكلستوما أو الإسكارس معاً (انظر الجدول رقم ٩) .

الجدول رقم ٩

إحصاء عن الذين تقدموا للعلاج من الأمراض المتوطنة فى مستشفيات الأمراض المتوطنة والعلاج الشامل سنة ١٩٥٩ .

نـوع	عددالمترددين للكشف	عددالمصابين بالبلهارسيا	النسبة	عددالمصابين بالإنكلستوما	عددالمصابين بالإسكارس	النسبة
مستشفى متوطنة	١,١٩٤,٧١٤	٥٣٤,١٩٢	٪٤٤,٦	١٣٨,١٤٤	٤٦٧٩٨١	٪٥٠,٥
علاج شامل	٣٢٩,٢٦٦	١٦٥,٠٠٠	٪٥٠,١	٤٥,٩٥٠	٩٥٩١٠	٪٤٣

وفى الفترة بين سنة ٥٩ / ٦٠ وسنة ١٩٦٥ بذلت وزارة الصحة مجهودات على أساس اتباع الأساليب الثلاثة التى سبق ذكرها وهى : منع الأهالى من تلويث مجارى المياه عن طريق التوعية والاستفادة من إدخال مياه الشرب النقية

أو بعض المرافق العامة الأخرى ، وفحص الأهالى وعلاج المصابين منهم ثم مكافحة القواقع . وقد تحققت بعض النتائج بفضل هذه المجهودات يمكن إجمالها كما يلى :

١ ــ هبطت نسبة الإصابة بالبلهارسيا بين المترددين على وحدات الأمراض المتوطنة من ٤٣ ٪ سنة ١٩٦٠ إلى ٣٨,٨ ٪ سنة ٦٥ / ٦٦ .

٢ ــ هبطت نسبة الإصابة بالإنكلستوما من ١١,١ ٪ سنة ١٩٦٠ إلى ٧,٧ ٪ سنة ٦٥ / ٦٦ .

٣ ــ هبطت نسبة الإصابة بالإسكارس من ٣٩,٥ ٪ سنة ١٩٦٠ إلى ٢٧,١ ٪ سنة ٦٥ / ٦٦ . (انظر الجدول رقم ١٠) .

الجدول رقم ١٠

إحصاء عن المعالجين والمصابين بالأمراض المتوطنة

البيان	١٩٥٢	٥٩/٦٠	٦٤/٦٥
عدد الوحدات العلاجية للأمراض المتوطنة	٤٣٨	٩٢٠	٢٠٠٧
عدد المعالجين	١,٣٦٢,٠٠٠	٤,٠٠٠,٠٠٠	٥,٩٠٧,٠٠٠
نسبة الإصابة بالبلهارسيا	—	٤٣٪	٣٨,٨٪
« « بالإنكلستوما	—	١١,١٪	٧,٧٪
« « بالأسكارس	—	٣٩,٥٪	٢٧,٧٪

المصدر : التقرير الصادر من وزارة الصحة سنة ١٩٦٧ تحت عنوان الخدمات الصحية فى عهد الثورة من ١٩٥٢ إلى ١٩٦٦ .

وقد اعتمدت الوزارة بشكل أساسى على توسيع شبكة الوحدات التى تعالج

الأمراض المتوطنة، وذلك عن طريق مشروع الوحدات الريفية والمجمعة والمجموعات الصحية التى وصل عددها الإجمالى كما ذكرنا إلى ٢٠٠٧ وحدة عاملة سنة ١٩٦٦ و ١٦٨٠ سرير للأمراض المتوطنة وكذلك على فحص وتطهير شبكة الرى من القواقع ، حيث قامت ٦٥٣ وحدة فى ١٩ محافظة بإبادة القواقع التى تختبئ فيها الديدان أثناء مرحلة من مراحل نموها ، وفحصت عدد من المجارى المائية سنوياً يصل إلى أكثر من ٢ مليون مجرى طولها ٦٠٠,٠٠٠ كيلومتر تقريباً. كما بلغ عدد المعامل الفرعية التى قامت لفحص القواقع ميكروسكوبياً ٨٠ معملا تتولى فحص نحو خمسة ملايين قوقعة سنوياً . (انظر الجدول رقم ١١) .

الجدول رقم ١١

حملة إبادة القواقع فى شبكة الرى

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٥
وحدات ومجموعات مكافحة القواقع	٤٦٨	٥٩٦	٨٠٢
عدد المجارى المفحوصة	—	٢,٠٦٩,٠٠٦	٣,٧٨٥,٧٠٣
أطول المجارى المفحوصة	—	٧٠٧,٥٥٥	١,٣١٢,٩٦١

ولكن برغم ضخامة الجهود المبذولة ، وحجم المبالغ المالية المنصرفة على الإنشاءات وعمليات الفحص والعلاج ، فإن النتائج المحققة حتى الآن تعتبر ضئيلة ، حتى مع استبعاد عنصر الشك فى الإحصاءات نظراً لضعف الجهاز الإحصائى وانخفاض مستواه .

ومع اعترافنا بأن المهمة ليست سهلة ، وأن مسألة استئصال البلهارسيا هى أصعب المشاكل الصحية التى تواجهنا لاتساع نطاقها ، وارتباطها بعوامل كثيرة خارجة عن نطاق الصحة فى ذاتها ، فإن هناك بعض الملاحظات التى يجب أن تبدى .

١ — لم تضع الوزارة مسألة استئصال البلهارسيا فى مقدمة أهدافها الصحية ولم تعط لها الأولوية فى برامج الكفاح ضد المرض . وترجع هذه الحقيقة إلى عدة أسباب من بينها صعوبة المشكلة وضخامتها ، ولكن من بينها أيضاً أن النظرة إلى أساليب استئصال هذا المرض ما زالت نظرة تقليدية . والدليل على صحة هذه الملاحظة أنه فى الخطة الخمسية الأولى لم تتضمن ميزانية الاستثمارات سوى ١٠١,٥٦٣ جنيه لمكافحة البلهارسيا مما يدل على المكانة الثانوية التى أعطيت لهذا المشروع فى الخطة . وتفاصيل هذا المبلغ كما يلى :

استكمال تجهيز مشروع مقاومة الأمراض المتوطنة	٧٧٢٦
استكمال تجهيز مشروع مكافحة القواقع الناقلة للبلهارسيا بسوهاج	١٥,٤٣٠
مشروعات مكافحة البلهارسيا بالاشتراك مع الهيئة الصحية العالمية	٧,٥٠٠
مشروع مكافحة البلهارسيا بسوهاج وقنا وأسوان	٦٧,٣٨٠
مشروع مكافحة البلهارسيا باستعمال مبيدات القواقع بوراق العرب	٣,٥٠٠
	١٠١,٥٣٦

المرحلة القادمة

ستدخل مشكلة البلهارسيا مرحلة جديدة بعد الانتهاء من بناء السد العالى ، وتحويل الرى على نطاق الوجه القبلى بأكمله من رى الحياض إلى رى مستديم ، كما أن عمليات استصلاح الأراضى الواسعة النطاق ، بما يصاحبها من خلق شبكات جديدة للرى ، لابد من أن تؤثر أيضاً فى نسبة الإصابة بالبلهارسيا ، فقد دلت الدراسات التى ذكرناها من قبل على أن نسبة الإصابة بالبلهارسيا ترتفع عند تحويل طريقة الرى من ٥ ٪ إلى ٧٠ ٪ .

يضاف إلى ذلك ظهور البلهارسيا المعوية فى الصعيد لأول مرة فى النصف الشمالى من محافظة بنى سويف بنسب مرتفعة تصل إلى ٦٠ ٪ وهى أخطر أنواع البلهارسيا .

ولذلك فمن المتوقع فى السنين القادمة أن يحدث ارتفاع كبير فى مدى انتشار هذا المرض الخبيث . إننا سنواجه بوضع خطير لابد من التصدى له منذ الآن بأساليب تخرجنا عن دائرة الروتين التقليدى إلى دائرة العمل الثورى الذى يعتمد على الشعب وعلى أسلحة نابعة من الواقع .

إن أكثر من ٤٠ ٪ من المواطنين فى الجمهورية العربية المتحدة ، حسب إحصاءات وزارة الصحة ، ما زالوا يعانون من هذا المرض الخبيث . والسنين القادمة يمكن أن تشهد ارتفاعاً سريعاً فى هذه النسبة إذا لم يعمل حساب المستقبل وتتخذ الخطوات اللازمة . والبلهارسيا ، فضلا عن أنها مشكلة إنسانية ، تسبب متاعب وآلاماً بشعة لمن يصاب بها ، وتعرقل نمو الأطفال نمواً سليما ، وتحطم جسد البالغين من الرجال والنساء ، تشكل أيضاً مشكلة إنتاجية .

وفى مواجهة هذه المشكلة ، شأنها شأن عديد من المشاكل الأخرى ، يوجد موقفان أساسيان لا ثالث لهما : موقف بيروقراطى لا يثق فى الشعب ، ويعتقد أن العامل الأول والأساس فى حل أية مشكلة هو وجود المنشآت والمال والفنيين والخبراء ، وموقف آخر لا ينكر أهمية هذه العوامل . . . ولكنه يضع ثقته الأساسية فى الشعب وفى العمل الجماهيرى.

وفى مهمة استئصال الأمراض المتواطنة ، وعلى الأخص البلهارسيا ، سلكت البلاد السبيل الأول الذى يعتمد على المنشآت ، وعلى المال ، والخبراء ، والأجهزة الإدارية ، والمعامل ، ومحاولات محكوم عليها بالفشل لإبادة القواقع المختبئة فى ملايين الكيلومترات المكونة لشبكة الرى فى بلادنا .

ولكن الواقع أن مفتاح الحل لا يكمن فى كل هذا ، بل هو فى العمل الجماهيرى . فاستئصال البلهارسيا يتوقف أولاً وقبل كل شىء على مدى قدرتنا فى تعبئة الجماهير للقيام بحملة ضخمة على نطاق البلاد ، ولإقناع الناس بأن يضموا جهودهم إلى جهود الجهات الإدارية ، وبأن يمتنعوا عن تلويث مجارى

المياه ، وبأن يواظبوا على العلاج والحقن حتى الشفاء .

إن وجود العدد الكبير من الوحدات الطبية المختلفة فى قلب الريف ، والتى يمكن أن تساهم فى علاج الأمراض المتوطنة على مستوى القرى والمراكز يسمح بتغطية جزء كبير من الناحية العلاجية الخاصة بالبلهارسيا .

ولكن فى السنين القادمة ، ونظراً للانكماش الذى يصيب مشاريع الإنشاء الخاصة بالوحدات الريفية طبقاً للقواعد التى وضعت فى خطة الإنجاز ، ومن بينها قاعدة تخفيض الخدمات ، ليس من المنتظر أن تغطى الوحدات الريفية كل المناطق التى تحتاج إلى خدماتها إلا بعد سنين طويلة . هذا فضلا عن مسألة هامة يجب أن توضع فى الاعتبار ، وهى أن علاج البلهارسيا واستئصاله لا يحتاج إلا إلى وسائل بسيطة للغاية ، ويجب ألا ننتظر الانتهاء من تغطية الريف كله بالوحدات الريفية ، تلك العملية التى تحتاج إلى مبالغ كبيرة وإلى وقت طويل . إن مشكلة البلهارسيا مشكلة ملحة وخطيرة ويمكن أن تتفاقم بسرعة إذا لم تواجه منذ الآن .

لذلك لابد من اللجوء إلى تكوين آلاف من المراكز الصغيرة فى المدارس ، والجمعيات التعاونية ، والنوادى الريفية ، والجوامع ودور العمد ، وفى كل مكان يمكن أن يتوجه إليه طبيب وبعض المساعدين لفحص البول ميكروسكوبياً وتحليله ، ثم لإعطاء الحقن .

يجب الاعتماد على هذه المراكز المبسطة خصوصاً وأن السنين القادمة ستشهد عدداً متزايداً من الأطباء خريجى كليات الطب بينما المنشآت الصحية اللازمة لاستيعابهم ربما تأخر بناؤها .

يجب ألا ننتظر إلى حين تكملة الأبنية المعقدة التى تكلف الدولة كثيراً . وعن طريق الجمع بين الحملة الشعبية لمنع تلويث المياه ، وحملة أخرى لإعطاء الحقن وعلاج الجميع دون استثناء ،حملة أخرى لعلاج الملايين من المصابين

يمكن القضاء على البلهارسيا واستئصالها بأقل التكاليف .

إن منع تلويث مجارى المياه أيضاً إذا ما أمكن تنفيذه على نطاق شامل ، وبطريقة منظمة ، كفيل بإيقاف العدوى . وهو يحتاج إلى مجهود جماهيرى واسع لتفهيم الشعب خطر هذا المرض ، وضرورة القضاء عليه ، ووسائل استئصاله نهائياً .

ويمكن الوصول إلى هذا الهدف بتنظيم أعمال الدعاية ، والتثقيف الصحى ، والمقاومة والعلاج ، على نطاق القطر . وهذه الحملة القومية ذات الأهمية القصوى يجب أن تعتمد على جهاز شعبي وإدارى يمكن أن نسميها « اللجنة القومية للقضاء على البلهارسيا » ومن المفيد أن تتكون من الجهات التالية :

١ — ممثلو وزارة الصحة .

٢ — ممثلو وزارة الزراعة والرى .

٣ — وزارة التربية والتعليم (المدارس) .

٤ — وزارة الشئون الاجتماعية (الوعاظ والأخصائيون الاجتماعيون) .

٥ — الحكم المحلى .

٦ — ممثلو وزارة الإرشاد (الصحافة — التليفزيون — الإذاعة) .

٧ — منظمات الشباب .

٨ — اتحادات العمال الزراعيين .

٩ — الجمعيات التعاونية .

١٠ — نقابة الأطباء والصيادلة وأطباء الأسنان .

١١ — ممثلو كليات الطب .

١٢ — الاتحاد الاشتراكى العربى .

إننا نريد من كل عضو فى الاتحاد الاشتراكى ، من كل واعظ ، من كل مدرس ، من كل طبيب ، من كل صحفى أن يشارك فى هذه الحملة .

إننا نريد أن تشن حملة قومية منظمة ومخططة فى المدارس ، والمساجد ، والنوادى ،

والإذاعات ، والجمعيات ، والنقابات لتوعية الجماهير ودعوتها للحرب ضد البلهارسيا .

وهكذا تتحول مشكلة البلهارسيا من مسألة صحية إلى معركة سياسية أيضا ، وهى الوسيلة الوحيدة لاستئصال هذا المرض من بلادنا .

٢ — الملاريا :

إن استئصال الملاريا هو ما أوصت به الجمعية العامة للهيئة الصحية العالمية منذ سنة ١٩٥٥ ، حتى تصان موارد الدولة من الإنفاق المستمر على أعمال مقاومة الملاريا بالوسائل العادية . وهو عمل لا نهاية له ، يستنزف شطراً من ميزانية الدولة بصفة مستمرة ، وقد يتزايد فى حالات الأوبئة .

وقد ثبت أيضاً أن المداومة على استعمال المبيدات فى برامج المقاومة العادية يؤدى ، عاجلا أو آجلا ، إلى مناعة البعوض ضد المبيدات ، فتصل أعمال المقاومة إلى التوقف ، ويزداد انتشار المرض حيث لا تجدى وسيلة لدرئه .

وهناك احتمالات تفاقم الإصابة فى السنين المقبلة إذا ما تركت الحالة دون علاج حاسم ، خصوصاً مع تقدم مشاريع الإنماء الاقتصادى المرتبطة بإصلاح الأراضى البور ، وتحويل رى الحياض إلى الرى المستديم ، وزيادة مساحات زراعة الأرز والقصب ، ثم إنشاء السد العالى الذى يؤدى إلى تكوين بحيرة واسعة وراكدة تقرب حدود الجمهورية العربية المتحدة من منطقة البعوضة « أنوفليس جامبيا » بالسودان . وتعتبر هذه البحيرة أخطر التطورات ، لأنها تزيد احتمالات تسرب بعوض « الجامبيا » الناقل للملاريا إلى بلادنا . وقد ذقنا منه الكثير فى سنوات ١٩٤٢ إلى ١٩٤٤ حيث أصابت الملاريا التى نشرتها هذه البعوضة حوالى مليون شخص فى الصعيد وبلاد النوبة ، مات منهم أكثر من مائة ألف ، وكلفت البلاد أكثر من مليونى جنيه لاستئصال شأفة هذا البعوض الخطر .

قبل الخطة الصحية الأولى

بدأت الملاريا خلال الفترة السابقة على الخطة الخمسية الأولى تشتد الإصابة بها نتيجة لازدياد رشح الفيضان واتساع مساحة الأراضى المنزرعة فى شمال الدلتا . ويبدو ذلك واضحاً من « الجدول رقم ١٢ » .

الجدول رقم ١٢

عدد حالات الإصابة بالملاريا خلال الفترة ٥٧/ ٦٠

السنة	عدد الإصابات
١٩٥٧	٥٢٥٣
١٩٥٨	٢٥,٢٢٥
١٩٥٩	٧٧,٢٦١
١٩٦٠	٨٣,٢٠١

ملحوظة : كان عدد الحالات التى شخصت ميكروسكوبيًّا ٢٥١,٢٠٦ سنة ١٩٦٠ .

المصدر : كتيب وزارة الصحة « الخدمات الصحية فى عهد الثورة » .

مشروع استئصال الملاريا

وإذا أردنا النجاح فى استئصال الملاريا لا بد من أن يتم الرش بالمبيدات خلال فترة محدودة لا تزيد عن ٣ ــ ٥ سنوات ، ثم يعقب ذلك تحول الحملة إلى استقصاء حالات الملاريا وعلاجها حتى الشفاء التام . وبذلك تذوى مصادر المرض ، ويمحى اسمه من قائمة الأمراض المتوطنة .

وكان مقدراً للمشروع المقدم فى الجمهورية العربية المتحدة أن يتم على مراحل

تغطى فيها البلاد على قطاعات ثلاثة ، على أساس رش كل قطاع لمدة أربع سنوات ، تعقبها أربع سنوات أخرى لاستقصاء ومحو مصادر العدوى « فى الإنسان » .

وقد قدرت الميزانية اللازمة لتنفيذ هذا المشروع بمبلغ ٢٥,٠٠٠,٠٠٠ جنيه تقريباً ، يمكن أن تساهم فيه الهيئة الصحية بمبلغ ٤,٢٠٠,٠٠٠ . وبذلك يكون نصيب الحكومة حوالى ١٨,٥٠٠,٠٠٠ على أساس أنه سيخصص ٢,٢٢٥,٠٠٠ جنيه كتأمين على السيارات . وكان من المفروض أن يوزع هذا المبلغ على عشر سنوات .

وتكاليف مشروع الاستئصال بنيت على أساس أن يشمل برنامج العمل جميع المناطق الموبوءة ، والمعرضة للإصابة بالملاريا ، ويقدر عدد سكانها بحوالى ٢١,٠٠٠,٠٠٠ نسمة . وهكذا يكون نصيب الفرد فى تكاليف هذا المشروع جنيهاً مصرياً واحداً مقسطاً على عشر سنوات .

ماذا نفذ من هذه الخطة ؟

لقد أجل مشروع استئصال الملاريا من الخطة الخمسية الأولى إلى الخطة الخمسية الثانية . ويبدو أنه لن يكون من المستطاع تنفيذه فى الفترة القادمة نظراً للمبالغ الكبيرة المطلوبة ، وللجهود البشرية الواسعة النطاق التى لابد من أن تبذل فى مثل هذا العمل الضخم .

ويعتبر الانتهاء من مشروع الوحدات الصحية الريفية ركناً أساسياً فى تنفيذ المشروع حيث إن وجود وحدة ريفية فى كل قرية يجعل الوصول إلى جميع المناطق الموبوءة ، وبالذات إلى المناطق التى ينتظر أن تنتشر فيها الملاريا نظراً لازدياد كميات المياه الراكدة فيها ، أمراً ممكناً ، كما أنه يوفر فرق التعفير وإمكانيات العلاج فى كل مكان .

ومع ذلك فقد تمت بعض الأعمال التى يمكن تلخيصها فيما يلى :

١ ــ أصبحت جميع الوحدات الريفية بالجمهورية تقوم بفحص وعلاج كل من يرد عليها من مرضى الملاريا ، بعد أن كان هذا العمل قاصراً فقط على وحدات الملاريا . كما أنه من المفروض أن تقوم حملات علاجية من كل وحدة صحية بزيارة القرى لاكتشاف حالات الملاريا وعلاجها .

٢ ــ التوسع فى عمليات دهان المنازل بالمبيدات .

٣ ــ استعمال العقاقير والأدوات والمهمات الحديثة .

ولذلك انخفض عدد حالات الملاريا المشخصة ميكروسكوبيًّا من ٨٣,٢٠١ سنة ٦٠ / ٦١ إلى ٣,٨٩٢ سنة ٦٥ / ٦٦ . وانخفضت الحالات المشخصة إكلينيكيًّا من ٢٥١,٢٠٦ إلى ٧,١٠٤ مع ملاحظة عدم دقة هذه الإحصائيات لأنها تشمل عدد الحالات المبلغ عنها فقط ، ولا تعبر عن العدد الكلى للإصابات التى تصل فى الغالب إلى عشرة أمثال عدد الحالات المبلغ عنها فعلا .

خطر داهم

رغم هذه النتائج ما زال هناك خطر داهم على البلاد من هذا المرض للأسباب الآتية :

١ ــ سينتج عن إنشاء السد العالى بحيرة تمتد أطرافها إلى مديرية حلفا بالسودان حيث يقع الحد الشمالى لبعوضة « أنوفليس جامبيا » عند أبى حمد . وبركود الماء يصبح أمام هذه البعوضة فرصة للتقدم شمالا والتوغل داخل حدود الجمهورية العربية المتحدة . فإذا ما وصلت « الجامبيا » إلى منطقة أسوان لوجدت أمامها الطريق ممهداً لغزو المناطق الشمالية ، حيث تتوفر بؤر التوالد فى كل مكان من الأماكن الغاصة بالسكان ، كما أن هناك خطر ظهور إصابات الملاريا المحلية فى أى وقت ، بين العمال الذين يعملون فى مناطق الحفر المختلفة .

٢ ــ إن تحويل أراضى الحياض إلى رى مستديم فى مديريات الوجه القبلى

لا بدأن يؤدى إلى زيادة كبيرة فى أماكن توالد بعوض الملاريا نظراً لتراكم المياه فى الترع والقنوات والمصارف .

٣ — التوسع فى زراعة الأرز فى مناطق متعددة ، والمعروف أن حقول الأرز هى أخصب مكان لتوالد البعوضة .

٤ — المشاريع المقبلة لاستصلاح الأراضى البور قد يعوقها انتشار الملاريا خصوصاً وأن استغلال الأراضى المستصلحة حديثاً يتركز فى زراعة الأرز ، مما يوفر للبعوض الفرعونى الفرصة للتوالد وزيادة كثافته .

٥ — دور الجمهورية العربية المتحدة ، ومكانتها ، باعتبارها قلب العروبة النابض ، ومركز إشعاع للشعوب الأفريقية والبلاد النامية مما أدى إلى تزايد عدد النازحين والزائرين من هذه الشعوب التى تتوطن فيها سلالات مختلفة من طفيليات الملاريا .

٦ — أصبح موسم الحج إلى الأقطار الحجازية متوافقاً مع موسم الملاريا فى هذه البلاد ، وهو أكتوبر إلى مايو من كل سنة . وسيبقى هذا التوافق حتى سنة ١٩٨٠ تقريباً . وفى كل سنة يسافر من بلادنا قرابة ٣٠,٠٠٠ حاج . وحيث إن أعمال مكافحة الملاريا لم تشمل كل البقاع ، فإن احتمال اكتساب الحجاج عدوى الملاريا بسلالات جديدة ، قدتكون أشدفتكاً ، قائم ؛ ويجب أن نحتاط له .

٧ — المقاومة الحالية تعتمد أساساً على تطهير أماكن التوالد فى نطاق محدود حول المدن والقرى ، ولا تتعداها إلى أماكن التوالد الرئيسية فى حقول الأرز وداخل المدن نفسها ، حيث إن مقاومة أماكن التوالد طريقة أثبتت عدم كفاءتها ، إذأن أية محاولة جادة وشاملة يجعلها باهظة التكاليف ، ولا يمكن أن تكون عملية لعظم المساحات التى يجب أن تتم فيها المقاومة .

٨ — العقاقير المستخدمة لعلاج نوع الملاريا فى بلادنا لا تؤثر سوى على الطفيلى فى الدم ، بينما يظل مختبئاً فى الكبد ويبقى مصدراً لتجديد الإصابة ،

ومخزناً للطفيليات، تنطلق إلى الدم مع نوبات المرض ، فينقلها البعوض من شخص إلى آخر .

إن العلاج الحاسم لهذا النوع من الملاريا (الملاريا الثلاثية الحميدة) هو أحد مركبات ٨ — أمينولينولين مثل « البريماكوين » ولكن نظراً لتأثيره السام لا يمكن استعماله إلا تحت إشراف تام من الطبيب المعالج . ويجب أن يستمر هذا الإشراف طوال مدة العلاج ، وهى لا تقل عن ١٥ يوماً ، مما يجعل استعماله محصوراً ، ويتطلب إيجاد الإمكانيات الطبية الإشرافية قبل استخدامه على نطاق شامل .

٩ — إن توزيع العقاقير يجب أن يسبقه أو يرافقه إيقاف تام لنقل العدوى ، أى منع حدوث أية إصابة جديدة .

وهذا لا يتأتى إلا إذا قضى على البعوض حاملة الملاريا ، أو بتقصير عمر البعوض ومنعها من حمل الطفيلى ، الطور المعدى للإنسان .

ويمكن تحقيق ذلك عن طريق الرش الشامل لجدران مساكن الإنسان بالمبيدات .

وقد أوضحت الأبحاث الأخيرة فى بلادنا مناعة « أنوفليس فرعونيس » ضد مختلف المبيدات فى مناطق لم ترش منازلها ، أو تعالج أماكن توالدها بهذه المبيدات من قبل . وثبت أن هذه المناعة نتجت من توالى استعمال المبيدات فى مقاومة الآفات الزراعية. وهذا ما يزيد الأمر تعقيداً . والأمل معقود على الـ د.د.ت والجمكسان ويجب استغلال الفرصة قبل أن تظهر مناعة جديدة لهذه المواد .

ماذا يجب عمله ؟

ثبت بالتجربة أن الملاريا إذا ما وطدت استيطانها بمنطقة ما ، صعب القضاء عليها بوسائل المقاومة العادية أو على الأقل تحتاج إلى جهود مستمرة طوال عدة سنوات للتخلص منها نهائياً .

والمعروف أن ميزانية قسم الملاريا بوضعها الحالى تصل فى المتوسط إلى ٥٠٠,٠٠٠ جنيه سنويًّا ، كما أن الاستمرار فى استعمال المبيدات، إن عاجلاً أو آجلاً ، لابد وأن يصطدم بعقبة تكوين المناعة فى البعوض . وبهذا تصبح حملة إبادة الملاريا مهددة بالتوقف ، مما قد يؤدى إلى فتك المرض بالسكان من جديد بصورة أشد خطورة .

من هنا كان قرار الجمعية العامة للهيئة الصحية العالمية فى سنة ١٩٥٥ الذى أوصى بضرورة استئصال الملاريا فوراً قبل فوات الأوان . واستئصال الملاريا لا يعنى استئصال البعوض الناقل للملاريا ، وإنما يعنى استئصال طفيلى المرض من جسم الإنسان ، ومن جسم البعوض وهذا يتطلب :

١ — رش شامل لجميع مساكن الإنسان بالمبيدات سنويًّا ، ولفترة محدودة تمتد من ٣ إلى ٥ سنوات ، بحيث لا يترك مكان دون رش .

٢ — أن يعتبر كل شخص يوجد بدمه طفيليات مصدراً للعدوى ، ونظراً لأن الرش لا يقضى على البعوض ، فلابد من القضاء على هذا المصدر عن طريق البحث عن الحالات المصابة ، وعلاجها علاجاً حاسماً . وتستمر هذه العملية ٣ أو ٤ سنوات .

٣ — إن مشروعاً ضخماً مثل مشروع استئصال الملاريا يحتاج إلى عدد كبير من الموظفين المدربين لكى ينفذوا هذا البرنامج الذى يشمل البلد بأكمله . ومن ثم وجب تدريب ألوف العاملين فى حقل الملاريا ابتداء من عمال الرش إلى أخصائيي وبائية الملاريا والمؤهلين تأهيلاً عالياً فى فترة زمنية قصيرة نسبيًّا .

والمبلغ المقدر لعملية الاستئصال يزيد فى الواقع عن إمكانياتنا فى المرحلة الحالية ، والجهود المطلوبة لاشك ضخمة تتطلب تحضير قوة بشرية كبيرة، وتوفير سيارات وأدوات رش، وعملاً مستمرًّا لمدة طويلة ؛ ولذلك كما هو الحال فى البلهارسيا يبدو أن استئصال الملاريا فى السنين القادمة سيكون أمراً مستعصياً .

ولكن هنا أيضاً، كما هو الأمر بالنسبة إلى البلهارسيا، لابد من الاعتماد مرة

أخرى على جهود شعبية واسعة . فربما أمكن تجنيد فرق من الشباب فى كل قرية وفى أحياء المدن المختلفة للتطوع فى عملية الرش . وربما أمكن أيضاً الاستفادة من عدد الأطباء المتزايد للعمل فى مراكز مبسطة تكون مهمتهم الكشف على الحالات ، وعمل تحليلات الدم ، وإعطاء الأقراص اللازمة للعلاج . وإذا افترضنا أن عدد الحالات التى تصاب سنوياً هى عشرة أمثال العدد المكتشف إكلينيكياً ، سيقع على عاتق الأطباء معالجة ما يقرب من ١٠٠,٠٠٠ مريض سنوياً .

ولكن إذا لاحظنا أن المريض ينقطع عن العمل لمدة ستة أيام فى المتوسط ، تكون عدد أيام العمل المفقودة ٦٠٠,٠٠٠ يوم . يضاف إلى ذلك أن مقدار الطاقة المفقودة بسبب الهزال تصل إلى ٤٥ يوماً للفرد الواحد ، وبذلك يكون إجمالى أيام العمل المفقودة ٤,٥٠٠,٠٠٠ + ٦٠٠,٠٠٠ = ٥,١٠٠,٠٠٠ يوم العمل .

إن نفقات استئصال الملاريا ، والجهود التى ستبذل فى هذا الميدان ، مهما كانت مضنية تعتبر رأس مال مستثمر يؤدى إلى تحسن فى مستوى الصحة والإنتاج ويحمى البلاد من الأخطار التى تحيط بها نتيجة لغزوات قد تحدث فى أى وقت ، آتية من خارج القطر أو من داخله .

٣ ــ الدرن

إن مرضى الدرن كان يتراوح عددهم ما بين ٢٥٠,٠٠٠ ، ٣٠٠,٠٠٠ مواطن سنة ١٩٥٩ وهى نسبة تزيد على ١ ٪ من السكان . وتعتبر هذه النسبة عالية جداً خصوصاً إذا راعينا أن وسائل الفحص الجمعى لم تكن متوفرة فى ذلك الوقت على الإطلاق ، مما حال دون اكتشاف كل حالات الدرن الرئوى المنتشرة على نطاق القطر .

وفى سنة ١٩٥٨ كان عدد الحالات الجديدة التى أصيبت بدرن رئوى إيجابى ٦٨٥٠ ، أمكن قبول ١٦٠٣ مريض منهم للعلاج داخل المستشفيات ،

أى بنسبة ٣٦,٤ ٪ كما أصيبت ٢١,٦٣١ حالة جديدة بالدرن على نطاق القطر فى نفس السنة ويمكن توضيح نسبة الإصابة فى مختلف سنى العمر بين المرضى الجدد من « الجدول رقم ١٣ » .

الجدول رقم ١٣

نوع	عـدد	فئات السن							المجموع
		٩سنوات	١٠–١٩	٢٠–٢٩	٣٠–٣٩	٤٠–٤٩	٥٠–٥٩	٦٠ +	
ذكر	١٣٦٧٤	٦,٩	٨,١	١٧,٣	١٤,٨	٩,٢	٤,٧	٢,٢	٦٣,٢
أنثى	٧٩٥٧	٥,١	٥,٦	١٠,٥	٨,٨	٤,٠	٢,٠	٠,٨	٣٦,٨
المجموع	٢١,٦٣١	١٢,٠	١٣,٧	٢٧,٨	٢٣,٦	١٣,٣	٦,٧	٣,٠	١٠٠

أما أسرة مرضى الصدر فلم تزد عن ٨٠٠٠ سرير بعد أن كانت ٣٤٨٣ سنة ١٩٥٢ . ورغم هذه الزيادة فإن المعدل القائم آنذاك يعتبر منخفضاً للغاية حيث إن المعدل المطلوب كحد أدنى هو سرير لكل ١٠٠٠ من السكان مما كان يتطلب أن يصل عدد الأسرة إلى ٢٥,٠٠٠ سرير بزيادة قدرها ١٧,٠٠٠ سرير تقريباً .

أبعاد مشكلة الدرن

قد يبدو لأول وهلة أن الدرن مرض يرتبط بحياة المدينة نظراً لأن أهل الريف يعيشون فى الهواء الطلق ، ويتعرضون لأشعة الشمس ، ويأكلون الخضروات الطازجة . ولكن المسئولين فى إدراة الأمراض الصدرية بوزارة الصحة قد كذبوا هذا الزعم ، حيث إن نتائج الفحص الجمعى قد أثبتت أن نسبة الإصابة فى كثير من الأحيان تزداد فى المناطق الريفية عنها فى المدينة ، مما يدل على أن

الإصابة بالدرن ترتبط أساساً بمدى مقاومة الشخص للميكروب ، تلك المقاومة التى تعتمد أساساً على مستوى التغذية وبالتالى على مستوى المعيشة .

ولكن هذا لا يعنى ألا نتوقع زيادة فى احتمالات الإصابة بالدرن خلال السنين القادمة داخل المدن بسبب التصنيع السريع وتكدس السكان فى مساحات محدودة مما يساعد على انتشار المرض .

ويبلغ تعداد مرضى الصدر فى الجمهورية العربية المتحدة ما يقرب من ٣٥٠,٠٠٠ مواطن وهى نسبة تزيد على ١ ٪ من السكان وهى كما سبق أن ذكرنا تعتبر نسبة عالية . خصوصاً إذا راعينا ، أنه رغم التقدم فى الفحص الجمعى ، ما زالت هناك شرائح واسعة من السكان تختبئ بينها إصابات عديدة بالدرن . إن تقدم وسائل الكشف والفحص والأشعة عن طريق زيادة المستشفيات والمستوصفات، ومضاعفة سيارات الفحص الجمعى من شأنه أن يساعد على اكتشاف هذه الحالات . وربما كان جزء لا يستهان به من الحالات الجديدة المكتشفة يفسره تحسن وسائل التشخيص .

إن العدد الأكبر من الحالات المكتشفة على نطاق القطر يحتاجون إلى علاج داخل المستشفيات حتى تستقر حالتهم المرضية بحيث يمكنهم بعد ذلك متابعة العلاج فى منازلهم .

وفى سنة ١٩٦٦ وحدها اكتشفت ٢٥,٠٠٠ حالة درن جديدة . ومتوسط عدد حالات الدرن الجديدة التى تكتشف سنوياً يتراوح خلال العشر سنين الأخيرة ما بين ٢٠ ألفاً ، ٢٥ ألفاً . واتضح إلى جانب ذلك أن نسبة إيجابى التفاعل لاختبار التيوبركيولين الجماعى الذى أجرى فى مدينة القاهرة يزيد على ٩٠ ٪ من الذين تعدوا سن العشرين سنة . ونتوقع إذن طبقاً لهذه النتائج أن نجد ما يقرب من ١٧ مليون شخص سبق إصابتهم بالعدوى الأولى للدرن ، كما أن

عمليات الفحص الجمعى بالأشعة أظهرت أنه فى المجتمعات التى فحصت تصل الحالات الدرنية فى المتوسط إلى ١,٤ ٪ .

وتختلف نسبة عجز المريض حسب نوع الإصابة ، وإن كانت لا تقل فى المتوسط عن ٥٥ ٪ من المقدرة الإنتاجية للشخص السليم . وإذا افترضنا أن هذا العجز يستمر لفترة لا تقل عن سبعة أشهر ، وأن المرضى الذين يصيبهم المرض فى سن الإنتاج يبلغون حوالى ٨٥ ٪ من مرضى الدرن أى ٣٠٠,٠٠٠ نجد أن الخسارة فى الدخل القومى تصل إلى ما يقرب من ١٢,٠٠٠,٠٠٠ جنيه سنويًّا . هذا فضلا عن المبالغ التى تصرف على علاجهم والمآسى التى تصاحب هذا المرض الوبيل .

ونظراً لازدياد الوعى الصحى ، وإقبال المواطنين على المستوصفات ، وإجراء الفحص الجمعى ، فمن المنتظر ازدياد حالات المرض المكتشفة عاماً بعد عام ، خصوصاً وأن نسبة المرض فى الذين يفحصون ثابتة إلى درجة كبيرة .

ومن المعترف به منذ زمن بعيد أن الدرن من بين الأسباب الرئيسية للمرض والوفاة ، ولذلك أعطيت أهمية خاصة لبرامج مكافحة الدرن .

وقد خلق اكتشاف عقاقير الدرن الفعالة ، والزهيدة التكاليف ، فى منتصف الخمسينيات إمكانية إعادةتوصيف برنامج مكافحة الدرن الذى كان يرتكز فى الماضى على رعاية الأفراد فى المستشفيات ، والمصحات ، والعيادات ليحل محل المفهوم القديم مفهوم جديد يعتمد على وسائل الصحة العامة ، ويعنى بالرعاية والعلاج بشكل جماعى أكثر منه فرديًّا .

ومن الناحية الوقائية ، استمرت حملات التطعيم بال « بى سى جى » طوال العقد الماضى ، ونجح تنفيذها رغم الظروف الحقلية القاسية . ومع ذلك أوضحت الدراسات الحقلية أن مستويات الحصانة المكتسبة ليست مرتفعة دائماً كما كان منتظراً . والسبب الأساسى فى ذلك هو الصعوبات فى تخزين اللقاح السائل ، ووقايته من آثار الحرارة والضوء .

وقد طرأت ثلاثة تطورات هامة فى مجال التطعيم بالـ«بى سى جى» تبشر بآمال كبيرة فى المستقبل؛ أولها إدخال اللقاح المخفف بالتبريد الذى سهل مشكلات التخزين ، وثانيها إمكان إعطاء اللقاح دون سابق فحص بالتيوبركينولين مما جعل معدل العمل سريعاً ، وثالثها إمكانية التطعيم بالـ«بى سى جى» والجدرى فى آن واحد . وهذا مكسب جدير بالاعتبار من حيث السرعة ، والفعالية ، وقلة التكاليف ، بالنسبة للخدمات الصحية ، كما أنه خطوة هامة فى سبيل تكامل برامج مكافحة الأمراض . ومن المهم أن تبدأ وزارة الصحة فى اتباع هذا الأسلوب .

ولكن رغم التقدم الفنى الذى أحرز خلال السنوات العشر الماضية ، ما زالت مكافحة الدرن مشكلة خطيرة وعويصة فالتشخيص قد لا يكون سهلاً ، وفترة العلاج طويلة ، إذ تبلغ سنة على الأقل ، وقد يؤدى العلاج غير الكافى إلى اكتساب جراثيم المرض مقاومة ضد العقاقير المستعملة فى العلاج بالإضافة إلى قلة عدد الموظفين المؤهلين بما فى ذلك المشتغلين بالتثقيف الصحى . وأدى كل ذلك ، إلى جانب التكاليف الضخمة المطلوبة لإنشاء الأسرة ، والمستوصفات وأجهزة الفحص إلخ . إلى بطء التقدم فى مكافحة المرض .

ومع ذلك فقد أصبح لدينا إمكانية شن حملة قومية لمكافحة الدرن . ومن المهم ألا تتركز هذه الحملة على المدن دون غيرها ، بل يجب أن تمتد تدريجياً إلى المناطق الريفية عن طريق الانتفاع بالخدمات الصحية الأساسية الموجودة ، والعمل بالوسائل القياسية البسيطة تحت إشراف الخبراء ، إذ ولّى العهد الذى كان فيه الدرن من شأن خدمات الدرن المتخصصة وحدها . بل ينبغى أن يكون الآن من اختصاص جميع المؤسسات الصحية .

ولذلك يجب أن يطبق التحصين المباشر على أوسع نطاق ، وفى العلاج ينبغى إعطاء الأولوية للحالات المعدية ، مع استخدام الأسرة المتوفرة دون الحاجة إلى بناء مؤسسات إضافية باهظة التكاليف ، كما فعلت وزارة الصحة التى قامت

ببناء عدد من المستشفيات الصدرية الحديثة بتكلفة مرتفعة فى بلد يشكو من قلة موارده . يضاف إلى ذلك أن سعة هذه المستشفيات لا تزيد عن ١٠٠ سرير ، بينما الحجم الاقتصادى السليم الذى يخفض تكاليف التشغيل ويزيد من فعالية الاستثمار هو ٢٢٠ سريراً على الأقل .

وهذه الأعمال يمكن أن يؤديها المواطنون الحاليون فى جميع الوحدات الصحية ، على أن يتم تدريبهم على الإجراءات القياسية البسيطة . فى الحالات الاستثنائية الملحة يمكن إنشاء أجهزة خاصة لمكافحة الملاريا والدرن إلخ ، ولكن ينبغى إدماجها بأسرع ما يمكن فى الخدمات الصحية العادية .

وقد تقرر أن يبدأ تطعيم الأطفال الرضع فى الجمهورية العربية المتحدة ضد الدرن ابتداء من سنة ٦٩ / ٧٠ . ومما يبشر بنتائج طيبة أن الحملات الحالية ضد الدرن ، إن لم تكن قد أنقصت من عدد حالات الدرن الجديدة التى تكتشف سنويًّا ، فإنها على الأقل أدت إلى انخفاض فى نسبة المصابين إلى كل ألف من السكان ، مما يدل على أن أية مجهودات إضافية لابد أن تأتى بنتائج ملموسة . والجدير بالملاحظة أن عدد حالات الدرن بين من يكشف عليهم فى المستوصفات انخفض من ٤,٣ ٪ عام ١٩٦٠ إلى ٣,٦ ٪ عام ٦٦ / ٦٧ .

وزارة الصحة والمعركة ضد الدرن

أولت وزارة الصحة منذ سنة ١٩٦١ مشكلة الدرن عناية لها وزنها واعتمدت خلال سنوات الخطة الخمسية مبلغا قدره ٢,٠٢٥,٣٠٠ جنيه صرفت منها بالفعل ١,٦٤٥,٠٥٤ جنيه .

ويمكن تلخيص المجهودات التى بذلت فى الفترة ما بين سنة ١٩٦٠ وسنة ١٩٦٦ فى النقاط التالية :

أولا : المراكز الرئيسية لمكافحة الدرن بالمحافظات

لقد تم إنشاء مركز رئيسى لمكافحة الدرن بعاصمة كل محافظة ليتولى المكافحة الجماعية للدرن بين سكانها ، بما فى ذلك الوقاية ، والتحصين ، والفحص الجماعى بالأشعة .

وبدأ تنفيذ مشروع تعميم حملة الاختبار والتحصين ضد الدرن بالجمهورية ونفذ المشروع فى محافظات: القاهرة ، والجيزة ، والغربية ، والإسماعيلية ، وبنى سويف ، والمنيا ، والشرقية ، والإسكندرية .

وتقوم سيارات الفحص الجمعى بفحص حوالى مليون مواطن سنويـًا بالأشعة فى مختلف المحافظات ، على أساس التركيز أولا على السكان الأكثر تعرضاً لهذا المرض وعلى أساس أن يتم الفحص دوريـًا على فترات تتراوح بين سنة إلى ثلاث سنوات لاكتشاف حالات الدرن فى مراحلها الأولى .

ثانياً : المستوصفات والمستشفيات الصدرية

زاد عدد المستوصفات إلى ٨٣ خلال الخطة الخمسية الأولى . وهى موزعة فى عواصم المحافظات والمدن والمراكز المختلفة ، وتم تطويرها فى السنين الأخيرة ، فأعدت نماذج جديدة لمبانيها تمنع اختلاط الجماهير مع مرضى الدرن المترددين على المستوصف للفحص والعلاج .

وزودت ٤٥ من هذه المستوصفات بالأجهزة الثابتة للفحص الجمعى بالأشعة ، كما أصبح فى الإمكان علاج الكثير من حالات الدرن بالمنزل .

إلى جانب ذلك يوجد فى الوقت الحاضر ما يقرب من ١٠ آلاف سرير لعلاج مرض الدرن طبيـًا وجراحيـًا ، وهى موزعة على خمسين مستشفى فى مختلف أرجاء القطر ، وروعى فى تصميم المستشفيات الجديدة أن تكون صالحة للأغراض الطبية الأخرى إذا دعت الحاجة إلى ذلك فى المستقبل .

ويمكننا تقدير حجم هذه الخدمات الخاصة بمكافحة الأمراض الصدرية من الجدول رقم ١٤ .

الجدول رقم ١٤
تطور خدمات الأمراض الصدرية وكفاح الدرن ١٩٥٢ — ١٩٦٦

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
عدد مستشفيات الصدر	٢٢	٤١	٥٠
عدد الأسرة بمستشفيات الصدر	٣٥٠٠	٨٣٠٠	١٠,٠٠٠
عدد مراكز جراحة الصدر	١	٥	٦
عدد مستوصفات الصدر	٢٥	٦٧	٨٣
الوحدات الجماعية لمكافحة الدرن	١	٥	٢٣
سيارات الفحص الجمعي بالأشعة	٢	٥	٢٩
فرق متنقلة للتطعيم	٢٢	٢٢	٤٠
أجهزة ثابتة للفحص الجمعي	٥	١٣	٤٥
معامل تشخيص الدرن	١	١	١١
عدد المستوصفات القائمة على الخدمة المنزلية	—	٣٠	٧٧
إعانات مرض الدرن بالجنيه	٥٥,٠٠٠	٩٠,٠٠٠	١٨٠,٠٠٠
عدد المرضى الجدد بالمستوصفات	١٨١,٠٠٠	٥٥٧,٠٠٠	٧٠٠,٠٠٠
عدد الحالات الدرنية التى اكتشفت	١١,٠٠٠	٢٤,٠٠٠	٢٥,٠٠٠
عدد المختبرين بالتيوبركيولين	٢,٨٦٧,٠١٢	١٠,٠٩٤,٨٢٥	١٣,٢٧٧,٨٦٢
عدد من تم تحصينهم بال« بى سى ج »	٨٩٤,٢٧٨	٢,٨٠٩,٦٥٢	٤,١٢٣,٦٢٩
المجموع الكلى لأطباء الصدر	١٠٠	١٩٠	٣٠٥
عدد الأخصائيين	٥٦	١٣٢	١٩٠
عدد فنيي المعمل والأشعة	—	١١٠	٢٠٨

المصدر : كتيب وزارة الصحة « الخدمات الصحية فى عهد الثورة ١٩٦٧ » .

ثالثاً : الرعاية الاجتماعية

إن أحد الأركان الأساسية فى علاج مرضى الدرن هو حل المشكلة التى تواجههم نتيجة لمدد التغيب الطويلة عن العمل . فإذا لم يدخل حل مناسب لهذا

المشكل عجز مريض الدرن عن متابعة العلاج .

لذلك صدر القانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٦٣ الذى يمنح الحق لموظفى وعمال الحكومة والمؤسسات العامة عند إصابتهم بمرض الدرن أو الأمراض المزمنة الأخرى فى أن يصرف لهم مرتب كامل حتى يتم لهم الشفاء . أما فيما يتعلق بموظفى وعمال الشركات بالقطاع العام والخاص فقد صدر القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ الذى يمنحهم حقوقاً مماثلة .

ومع ذلك رغم كل هذه الجهود ، فإن نسبة الإصابة بالدرن فى المترددين على المستوصفات لم تنخفض إلا قليلاً ، وما زلنا نكتشف سنوياً ما يتراوح بين ٢٥ ، ٣٠ ألف حالة جديدة . ومن هذا يتضح أنه توجد حالات كثيرة لن تكتشف إلا بعد فحص جميع السكان دون استثناء ، وأن أساليب الفحص والعلاج الحالية لم تغير بشكل ملموس من نسبة الإصابة بالدرن الرئوى وإنما ساعدت على اكتشاف حالات كانت مختبئة .

إن الأمر يحتاج إذن إلى جهود أكبر من تلك التى بذلت حتى الآن . وربما احتاج أيضاً إلى تغيير بعض الأساليب التى اتبعت فى الماضى . ولكننا لا يمكن أن ننكر فضل الخطوات التى تمت خلال السنين الماضية . فقد كان من الممكن لولاها أن تستفحل مشكلة الدرن إلى درجة أكبر بكثير .

هل يمكن استئصال الدرن الآن ؟

إن الحاجة أصبحت ملحة للقضاء على هذا المرض ، خصوصاً وأن الاتجاه إلى التصنيع يشكل فى حد ذاته تهديداً بانتشار هذا المرض .

ولما كان الدرن من الأمراض التى يمكن القضاء عليها دون مصاريف مرتفعة مثل الملاريا أو البلهارسيا ، ولما كانت دول كثيرة قد نجحت فى استئصاله ؛ يمكن أن نضعه فى مقدمة الأمراض التى يجب التخلص منها .

وهذا يتطلب أولا أن نوفر الأسرة الكافية لعلاج جميع الحالات الحادة

والمستجدة داخل المستشفيات ، حتى يمكن إتاحة الفرصة أمام المرضى للشفاء العاجل ، وحتى يمكن حصر المرض ومنعه من الانتشار بين المخالطين .

وللوصول إلى هذا الغرض لابد من إعطاء الأولوية فى إنشاء المستوصفات والمستشفيات الصدرية بحيث تستوعب كل مريض ، وكل مريض يعود إليه المرض ، حتى تحصر درجة الإصابة وتستقر ، وعندئذ يستطيع المريض أن يخرج لاستكمال العلاج بالمنزل فيفسح مكانه للآخرين .

والمستوى المقترح لهذه الخدمات هو سرير لكل ألف من السكان ، أو سرير جديد لكل حالتين جديدتين ، ومستوصف لكل ١٥٠,٠٠٠ من السكان .

والاتجاه الجديد فى إقامة المنشآت الصحية هو الإقلال من المستشفيات المتخصصة والتركيز على المستشفيات العامة رغبة فى توفير تكامل العلاج ، واقتصاداً للنفقات ، وضماناً لرفع مستوى العلاج وحسن استخدام الإمكانيات . لذلك نقترح البدء بإنشاء جناح أو قسم للأمراض الصدرية فى كل مستشفى عام ومركزى بحيث تغطى كل المراكز وعواصم المحافظات بهذه الخدمة . ونظراً لطول المدة التى يمكثها المريض فى المستشفى ، فإن توفير عدد الأسرة ليس أمراً سهلاً ، وإن كان من الممكن اختصار هذه المدة عن طريق رفع مستوى الخدمات الأخرى الخاصة لعلاج الدرن . ومع ذلك يجب ألا تثنينا هذه الحقائق عن تخصيص المبالغ اللازمة وإعطاء الأولوية لهذه الحملة فى الخطةالصحية والميزانيات الاستثمارية والجارية .

إن اكتشاف الحالات فى مرحلة مبكرة يتطلب إجراء فحص شامل لجميع المواطنين بواسطة وحدات الفحص الجمعى المتنقلة التى تستطيع أن تغطى أنحاء القطر . كما يتطلب حسن العلاج التوسع فى إنشاء المستوصفات المزودة بوحدات كافية للفحص الجمعى ، وتنظيم الزيارات المنزلية والعلاج المنزلى على نطاق واسع ، على أنه ينبغى التركيز على التوسع فى الخدمات الوقائية للأمراض الصدرية وعلى الأخص فرق التطعيم المرتبطة باختبارات التيوبركيولين . ويجب أن تنظم حملة

تطعيم واسعة بواسطة جميع المنشآت الصحية فى المدينة والريف . وقد ثبت فى تجارب استئصال الدرن التى نفذتها بلدان أخرى أن التطعيم فعال للغاية خصوصاً إذا ما طبق على جميع المستويات بما فيها تطعيم الأم والطفل بعد الولادة ، وكذلك تطعيم الأطفال فى المدارس ، والعمال فى المصانع إلخ . وإن كانت هذه الخطوة بالذات تحتاج إلى عملية تثقيف صحى وإقناع مستمر خوفاً من أن يوعز الناس حالات الوفاة فى الأطفال الرضع أو فى سن الدراسة إلى عملية التطعيم . وهذا من شأنه أن يسبب مشاكل معقدة .

كما تتطلب حملة الوقاية من الدرن تدعيم هذه الخدمات فى وحدات القطاع الريفى .

ويمكن تلخيص برنامج مكافحة الدرن إذن فى النقاط التالية :

أولا : رفع المستوى الصحى العام عن طريق الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الأخرى أساساً وعن طريق ارتفاع مستوى المعيشة بما يصاحبها من تحسن فى التغذية ، وظروف السكن .

ثانياً : التحصين والوقاية بواسطة التطعيم .

ثالثاً : اكتشاف حالات الدرن فى أوائلها وتوفير وسائل علاجها فوراً .

١ — اختبار التيوبركيولين .

٢ — الفحص الجمعى بواسطة الوحدات المتنقلة والثابتة .

رابعاً : عزل وعلاج حالات الدرن .

خامساً : التأهيل المهنى والرعاية الاجتماعية لمرضى الدرن .

إن حملة واسعة لاستئصال الدرن يمكن إذا وضعت كهدف أول وأساس فى الخطة الصحية ، يمكن أن تأتى بالنتائج المرجوة . وقد آن الأوان لكى نتبع نظاماً حاسماً للأولويات حتى نتخلص بالتدريج من الأمراض التى تهدد مجتمعنا ، ونواجهها الواحدة تلو الأخرى حتى نقضى عليها قضاء نهائياً .

الفصل الثانى

الوقاية قبل العلاج

قديماً قالوا : « الوقاية خير من العلاج » وهى حكمة صحية أثبتت سلامتها على مر السنين وامتد مغزاها ليشمل الحياة كلها .

ولا يمكن أن يتحقق مستوى لائق من المعيشة إلا بتوفر عدة عوامل . ومن بين العوامل الأساسية توافر الصحة ، بمعنى صحة الجسم والعقل والبيئة . وهذا شرط أساسى لبناء مجتمع سليم ومنتج .

وحتى تتضح أهمية المشكلة لنقرب ببعض الأمثلة . فنى ميدان البلهارسيا تكثر الإصابة فى شمال الجمهورية حيث الرى الدائم وتقل فى الصعيد حيث رى الحياض ، وبإنشاء السد العالى سيصبح الرى كله دائماً وتصلح التربة لانتشار البلهارسيا وغيرها من الطفيليات . فإن لم تتخذ الإجراءات الوقائية والعلاجية بشكل حاسم ، وفى الوقت المناسب سيأكل المرض أى زيادة فى الدخل ، وتشارك الطفيليات الناس فى معاشهم ودمائهم ونخسر ملايين الجنيهات نتيجة لانخفاض إنتاجية الفلاحين ، ومقابل مصاريف العلاج .

ومثل آخر يمكن أن نذكره فى هذا الصدد . فقد ورد فى بيانات الهيئة الصحية العالمية أن عدد المكفوفين فى العالم يبلغ حوالى عشرة ملايين كفيف فيهم على الأقل ثمانية ملايين يحتاجون لرعاية جزئية أو كلية . ويكلف هذا ما لا يقل عن ٤٠٠ مليون دولار كل عام .

وفى ميدان الصناعة الذى يتسع فى جمهوريتنا بسرعة يجب أن نتنبه لأثر الصناعة على المشاكل الصحية ؛ فقد أظهر الإحصاء الصحى فى الولايات المتحدة مثلا أن إصابات العمل تسبب ٢٠ ٪ من حالات فقد البصر — فى عين واحدة

و ٨٪ من حالات فقد البصر فى العينين ، مما يؤدى إلى خسارة إنتاجية تساوى ٥٤ مليون ساعة عمل أو ما يوازى ٢٧,٠٠٠ عامل كل الوقت .

من هذه الأمثلة يتضح أهمية الربط بين الوقاية والعلاج وأن الوقاية أجدى وأقل تكلفة بكثير .

وإن مهمة الصحة الأساسية هى الوقاية . ولكن الجهاز الوقائى الكفء لم يوجد بعد . كما أن الطب الاجتماعى أى طب البيئة لا وجود له حتى الآن . لذلك يجب أن تركز وزارة الصحة أكثر فأكثر على هذه الجوانب وأن يقوم المجلس الأعلى للخدمات بوظيفته فى التخطيط ، على أن تترك مهمة التنفيذ أساساً لأجهزة الحكم المحلى .

والهدف الأسمى للخدمات الصحية هو الوصول إلى حلم الإنسانية جمعاء وهو مجتمع بلا مرض ، أى مجتمع تتوفر فيه الإمكانيات الاقتصادية ، ومستوى من المعيشة ، والتغذية ، والسكن ، وفرص الترفيه والتمريض ، والتعليم بحيث لا يصاب المواطن بالمرض .

ولكن هذا الحلم البعيد الذى ما زال أمامه الكثير من الجهد ومن الزمن لكى يتحقق ، والذى يتوقف أساساً على حل المشاكل التى تمزق البشرية ، واستتباب السلام والتعاون بين الشعوب بحيث يستفيد الجميع من الإمكانيات الضخمة والطاقات العلمية المنتشرة فى جميع أنحاء العالم ، هذا الحلم البعيد يمكن أن يتحقق جزئياً منذ الآن . فالوقاية ضد كثير من الأمراض ممكنة إذا ما وضعت خطة صحية سليمة تراعى فيها الأولويات والإمكانيات الفعلية وتهدف إلى استئصال الأمراض من مجتمعنا الواحد تلو الآخر .

والوقاية من الأمراض فضلاً عما توفره من قوة إنتاجية ، ومن حماية لحياة السكان ، قادرة أيضاً على أن تقتصد كثيراً من الجهود والأموال التى تبذل فى علاج المرضى . وهى قضية لابد أن نعود إليها مرة أخرى فى الحديث عن الخطة الصحية التى نفذت منذ سنة ١٩٦١ ، خصوصاً وأن التخطيط والتنسيق والاستفادة

من كل الإمكانيات التى يوفرها مجتمع يسير نحو بناء الاشتراكية كفيلة بأن تخلق مع كل خطوة تقدم إلى الأمام ، فرصاً أوسع لاتباع سياسة صحية تعتمد أساساً على الوقاية من المرض وليس علاجه .

لذلك فإن قضية الوقاية هى لا شك القضية الرئيسية التى يجب أن تطرح عندما تناقش الخدمات الصحية فى الجمهورية العربية المتحدة .

تشمل الخدمات الوقائية القائمة حالياً الحجر الصحى ، ومكافحة الأمراض المعدية ، ورعاية الأمومة والطفولة ، ومراقبة الأغذية ، والصحة الصناعية ، وتحسين البيئة ، والتثقيف الصحى .

١ ـ الحجر الصحى

تمثل الأمراض الوافدة خطراً قائماً باستمرار بالنسبة إلى بلادنا لأنها تمثل منطقة عبور بين الشرق والغرب . ولا يمكن أن ننسى ما أصابنا من جراء وباء الملاريا الخبيثة الذى نقلته إلينا بعوضة « الجامبيا » سنة ١٩٤٢ ، ثم وباء الكوليرا سنة ١٩٤٣ .

وقد بدأت الجامبيا تغزو البلاد من الجنوب سنة ١٩٤٢ وسببت عدداً ضخماً من الإصابات .

	إصابة مستحدثة	إصابة منتكسة
١٩٤٤	٣٨,٠٠٠	٢١٨,٠٠٠
١٩٤٥	٦,٠٠٠	١٤٢,٠٠٠

وبلغت أعداد الوفيات الرسمية ٢٠,٠٠٠ وفاة وإن كانت الأعداد الحقيقية تفوق ذلك بكثير .

أما الكوليرا فقد وفدت إلينا فى حالة وبائية شديدة القسوة وكانت النتيجة أن أصيب بها ٣٢,٩٥٣ مريضاً مات منهم ٢٠,٤٦٢ .

وتعطى الوزارة عناية خاصة لإجراءات الحجر الصحى لمنع تسرب الأمراض

الوافدة . وقد زاد عدد العاملين فى الحجر الصحى من ٦٢١ إلى ٧٢٣ بين عامى ٦٠ / ٦١ وعامى ٦٥ / ٦٦ ، منهم ٤٠ طبيباً فى مختلف وحدات الحجر الصحى البالغ عددها ٢١ وحدة ، موزعة بين الموانى والمطارات ومناطق الحدود .

وقد زاد عدد السفن التى اتخذت فيها إجراءات فحص وتطهير فى الموانى بنسبة ٧٠ ٪ بين عامى ٦٠ / ٦٦ . كما زاد عدد المسافرين والقادمين من الخارج والذين خضعوا للتطعيم ١٤ ضعفاً فى نفس هذه الفترة . وصرفت وزارة الصحة على مشروعات الحجر الصحى ٣٥٠,٠٠٠ جنيه خلال الخطة الخمسية الأولى .

وكانت نتيجة هذه الجهود فشل أى مرض وبائى من التسرب إلى داخل الجمهورية منذ عام ١٩٥٢ .

٢ ـ الأمراض المعدية

كانت الأمراض المعدية تمثل نسبة كبيرة من الحالات المرضية ومن أسباب الوفاة وهى على سبيل المثال التيفود والدفتريا والحصبة ، وما زالت الإصابة بها ، عالية نسبيًّا خصوصاً وأن الأرقام الرسمية لا تمثل الواقع نظراً لانخفاض الوعى الصحى وعدم إحكام الرقابة بالقدر الكافى مما يؤدى إلى أن حالات كثيرة لا يبلغ عنها .

وكان عدد الإصابات المبلغ عنها فى بعض الأمراض المعدية سنة ١٩٦٠ كما يلى :

التيفود	١٨١١٣ .
التيفوس	٥٢٩
الدفتيريا	١٧١٣
شلل الأطفال	٢٧٣

وقد كانت البلاد قبل الخطة الخمسية تشكو من نقص شديد فى الخدمات الطبية الوقائية . وكان عدد مكاتب الصحة لا يتعدى ٢٧٦ تقوم بأعمال تسجيل المواليد والوفيات والتعفير ، ومراقبة المخالطين . وإذا عرفنا أن طاقة المكتب الصحى لا يمكن أن تخدم أكثر من ٥٠,٠٠٠ مواطن فقد ثبت أن النقص فى عدد المكاتب كان يبلغ ١٣٣ مكتباً .

ولكن ابتداء من سنة ١٩٦٠ توسعت وزارة الصحة فى إنشاء مكاتب الصحة بالمدن حتى أصبح المكتب الواحد يخدم ٤٠ ألفاً تقريباً ، بعد أن كان يخدم ١٠٠ ألف فى بداية عام ١٩٦٠ ، كما أسندت أعمال هذه المكاتب إلى الوحدات المجمعة والمجموعات الصحية والوحدات الصحية فى قطاع الريف . وهكذا أصبح عدد المنشآت التى تقوم بأعمال مكاتب الصحة ٢٠٢٤ وحدة منها ١٧٤٢ وحدة فى الريف ، و ٣٠٠ وحدة فى العواصم والمراكز بما فيها القاهرة والإسكندرية بعد أن كان عددها ٢٤٠ وحدة سنة ١٩٥٢ ثم ١٠٢٣ سنة ١٩٦٠ .

وقد تطورت عمليات العزل للمرضى ومرافقيهم ومخالطيهم وأدخلت بعض الأجهزة الحديثة فى التطهير والتبخير ، وإن كان عددها لا يكفى حتى الآن . كما عم التحصين بواسطة الوحدات الوقائية المذكورة ، فأصبح التحصين ضد الدفتيريا إجبارياً فى جميع أنحاء الجمهورية وأدخل نظام الحقنة المنشطة . كذلك أدخل التحصين ضد شلل الأطفال وأصبح طعم الجدرى الجاف يستخدم إلى جانب الطعم السائل .

وقد وضع فى نفس الوقت نظام بطاقة التحصينات ضد الأمراض المعدية ، تسجل فيه جميع التحصينات ويحصل عليها والد الطفل مع شهادة الميلاد . والجدول رقم ١٥ يبين الأرقام المقارنة لعمليات التحصين فى سنتى ١٩٦٠ / ١٩٦٥ .

الجدول رقم ١٥

بيان مقارن لنشاط عمليات التحصين فى سنتى ٦٠ /٦٥

البيان	١٩٦٠	١٩٦٥
عدد المواليد الذين طعموا ضد الجدرى	٩٥٧,٢١٧	١,١٠٩,٣٩٩
« الأهالى « « « «	٤,٧٩٧,١٥٣	٥,٣٦٣,٤٤٧
عدد من حصنوا ضد الدفتيريا	٥٩٥,٧٠٣	١,٥١٢,٨٣١
« « « « شلل الأطفال	٣٩,٨٩٥	٥,٤٥٨,٦٤٤
« « « « التيفود	٤٦٧,٨٧٢	٩٨٢,٥٨٠
« « « « الكوليرا	٦٩,٢٤٠	٢٨,٨٩٥

وفيما يتعلق بشلل الأطفال فمن الممكن خلال السنين القليلة القادمة أن يمحى هذا المرض تماماً من بلادنا خصوصاً بعد ثبوت فعالية الفاكسين الجديد الذى يعطى بالفم وسهولة تعاطيه .

وقد حقق هذا النشاط الوقائى ما يلى :

انخفض عدد الإصابات بالتيفوس من ٥٢٩ سنة ١٩٦٠ إلى ٣١ إصابة سنة ١٩٦٥ ، والإصابة بالتيفود من ١٨,١١٣ إلى ١٧,٨٨٢ .

وهبطت إصابات شلل الأطفال من ٢٧٣ عام ١٩٦٠ إلى ٢١٠ عام ١٩٦٦ وهبطت نسبة الوفيات العامة من ١٦,٩ فى الألف سنة ١٩٦٠ إلى ١٣,٦ فى الألف عام ١٩٦٥ .

وهبطت نسبة الوفيات من الدفتيريا من ١٨,٦ فى المليون من السكان عام ١٩٦٠ إلى ٤,٤ فى المليون عام ١٩٦٥ والإصابة من ١٧١٣ إلى ١٤٣٨ حالة .

وهبطت نسبة الوفيات فى شلل الأطفال من ٤ فى المليون من السكان فى عام ١٩٦١ إلى ٠,٧ فى المليون من السكان عام ١٩٦٥ .

وهذا طبقاً لأرقام وزارة الصحة مع ملاحظة أن أحكام الإحصائيات ما زال

مشكوكاً فيه نظراً لحالات عدم التبليغ التى قد تحدث فى كل مرض من هذه الأمراض ومع ذلك فإن الانخفاض فى الإصابات والوفيات ليس كبيراً خلال الفترة الماضية .

وفى الإمكان تطوير مكاتب الصحة بحيث تؤدى رسالتها بفعالية ونجاح أكثر إذا طبقت الوزارة بعض الاتجاهات الأساسية التى يمكن تلخيصها فى خمس نقاط :

ضرورة تفرغ أطباء المكاتب الصحية حتى يمكنهم القيام بالأعمال العديدة المنوطة إليهم .

إدخال نظام البطاقات الصحية الوقائية للمواطنين .

تعميم التحصين ضد مختلف الأمراض المعدية .

تجميع الخدمات الوقائية بقدر الإمكان وربطها بالخدمات العلاجية .

٣ — رعاية الأمومة والطفولة

تعتبر وفيات الأطفال مقياساً دقيقاً للتقدم الاجتماعى والاقتصادى والصحى للمجتمع ، وترتبط نسبة وفيات الأطفال إلى حد كبير بميزانية الأسرة ، والمستوى الثقافى لأفرادها ، ومقدار العناية التى تبذل للأم أثناء الحمل حيث إن وفيات الأطفال فى الأسابيع الأولى من الحياة ترتبط بأمراض الأم أثناء الحمل والوضع .

كما أن المسائل المتعلقة بصحة الأطفال لها أهمية خاصة فى بلد يتحول إلى الاشتراكية حيث يجب إعطاء اهتمام خاص للأجيال القادمة من النشء .

وقد أنشئ أول مركز لرعاية الأمومة والطفولة فى عام ١٩٢٦ ووصل عددها إلى ٧٥ مركزاً سنة ١٩٥٢ ثم ٩٠ سنة ١٩٥٩ . وكانت البلاد فى ذلك الوقت تحتاج إلى ١٣٥ مركزاً حتى يمكن تغطية الجمهورية بخدمات رعاية الأمومة والطفولة فى المدن والمراكز . أما فى الريف فكانت تؤدى هذه الخدمات بواسطة المجموعات الصحية ، والوحدات المجمعة ، والمراكز الاجتماعية ، وكان

عددها ٥٧٤ . ونظراً للنقص الشديد فى هذه الخدمات كانت أغلبية الأمهات يلدن بواسطة المولدات والدايات .

فى سنة ١٩٥٩ كان عدد الولادات فى الجمهورية ٦٠٠,٠٠٠ تقريباً . وقامت مراكز رعاية الأمومة والطفولة بتولى حوالى ١٧٠,٠٠٠ من هذه الولادات بينما تولت الوحدات المجمعة والمجموعات الصحية والمراكز الاجتماعية عدداً مماثلاً .

والدراسة المقارنة لوفيات الأطفال فى ذلك الوقت تبين سوء الحالة التى كانت تعانى منها البلاد (جدول رقم ١٦) .

الجدول رقم ١٦

مقارنة وفيات الأطفال الرضع فى سيلان وفرنسا والجمهورية العربية المتحدة لكل ألف والولادات

السنة	ج . ع . م	سيلان	فرنسا
١٩٥٠	١٢٩,٧	٨٤	٥٠
١٩٥١	١٢٧,٦	٨١,١	٤٥,٢
١٩٥٢	١٢٧,١	٧٨,٤	٤٥,٦
١٩٥٣	١٢٥,٨	٧١,٣	٤١,٩
١٩٥٤	١٢٨	٧٢	٢٠,٦
١٩٥٥	١٢٦	٧١,٥	٢٠,٢
١٩٥٦	١٢٤	٦٦,٥	٢١,٠

ويلاحظ أن معدل وفيات الرضع قد انخفض من ١٢٧,٦ فى الألف سنة ١٩٥٢ إلى ١٠١ فى الألف سنة ١٩٦٠ ثم زاد إلى ١٢٠ فى الألف سنة ١٩٦٥ . وتعود الزيادة فى سنة ١٩٦٥ إلى تحسن فى أساليب تسجيل الإحصائيات والتبليغ عنها نتيجة لانتشار مكاتب الصحة وزيادة الوعى بين المواطنين .

وتنحصر أهداف رعاية الأمومة والطفولة فى الجمهورية العربية المتحدة فى العناية بالأم أثناء الحمل والرضع والنفاس ، ثم العناية بالأطفال حتى الخامسة ومتابعة نموهم ووقايتهم من الأمراض التى قد تصيبهم مستقبلا علاوة على علاجهم من الأمراض البسيطة .

وفى مجال رعاية الأمومة والطفولة ارتفع عدد الوحدات التى تقوم برعاية الأمومة والطفولة بمافيها وحدات الريف من ٣٢٨ سنة ١٩٥٢ إلى ٦٦٩ سنة ١٩٦٠ ليصل إلى ١٩٠٨ سنة ١٩٦٥ . وعدد المراكز فى المدن ارتفع من ٩٣ مركزاً سنة ١٩٦٠ إلى ١٨٢ مركزاً سنة ١٩٦٦ ، ويخدم كل منهم ما بين ٦٠ — ٨٠ ألف نسمة .

وقد طورت خدمة رعاية الأمومة والطفولة وعززت كثير من المراكز بالأخصائيات الاجتماعيات والصيادلة وبتخصيص طبيبين للمراكز التى تخدم أكثر من ٥٠,٠٠٠ من الأهالى ، حيث إن الحد الأقصى المطلوب لكل مركز هو ٥٠,٠٠٠ من السكان .

ويبين الجدول رقم ١٧ التوسع فى نشاط خدمة رعاية الأمومة والطفولة فى الفترة من عام ١٩٦٠ إلى ١٩٦٥ فى المدن والعواصم (١٦٦ مركزاً) .

الجدول رقم ١٧

تطور خدمات رعاية الأمومة والطفولة فى المدن والمراكز

البيان	١٩٦٠	١٩٦٥
حوامل مترددات	١٣٧٨٦٨	٩٩٣٢٥٥
حوامل مستجدات	٢٤٠,٠٦٧	٣٢١٣٧٠
مجموع الولادات	١٩٢٧٨٠	٢٢٩٤٧٨
الأطفال المترددون	٢,٧٥٥,٦٣٨	٢,٦٣٢,٥٧٨
ولادات القسم الداخلى	٣٠١٥	٣٤٣٨

وزادت عدد الولادات التى تمت بمعرفة الوحدات الريفية من ٨٤,٨٤٣ سنة ١٩٦٠ إلى ٢٥٢,٤٨٦ سنة ١٩٦٦ .

وقد صرفت وزارة الصحة مبلغاً يساوى ٤٢٣,٨٠٣ جنيه فى الفترة ٦٠/١٩٦١ حتى ١٩٦٥ / ١٩٦٦ على مشروعات رعاية الأمومة والطفولة . اعتمد منها ٤١٣,٥٤٠ لإقامة ٤٠ مركزاً ، كما رفعت عدد أسرة الولادة والأطفال من ٤٠٠ سرير إلى ٦٢٨ سريراً ، ورعاية الطفل من ٣٧٧ إلى ٣٩٧ سريراً فقط .

ومع كل هذه الجهود فإن النتائج ما زالت غير كافية . فوفيات الأطفال الرضع عالية وأغلبها ناتج من الإصابات المعوية ، والخدمات الموفرة للأطفال والأمهات ما زالت قليلة . فهناك احتياج للاهتمام بهذه الخدمات ووضعها فى مقدمة أولويات الخطة ، أولاً لأنها ذات صبغة وقائية ، ثانياً لأنها تسمح بخلق أجيال جديدة خالية من أغلب الأمراض التى نعانى منها وهو أمر هام للغاية .

وهذا الاتجاه يتطلب :

١ — زيادة شبكة مراكز الرعاية بالأمومة والطفولة بحيث يمكن تغطية كل السكان وتعميم خدمات التطعيم والتحصين للأمهات والأطفال بإعطائهم الطعم المركب الذى يقى من عدة أمراض بحقنة واحدة .

٢ — زيادة عدد أسرة الولادة فى المدن والمراكز والقرى (المجموعات الصحية والوحدات المجمعة) وهذا أمر مهم للغاية فى الريف لتشجيع الأمهات على الاستفادة من الخدمات الصحية المنظمة وإعطائهم بعض الإرشادات الصحية والنصائح الخاصة بتنظيم الأسرة .

٣ — تعميم حضانات الأطفال فى المدن بالتدريج بحيث يمكن ربطها بالخدمات الصحية وتدعيم الإشراف الصحى على الأطفال .

٤ — الاهتمام بزيادة عدد أطباء الأطفال ، والممرضات المتخصصات فى رعاية الأطفال ، وفى الأعمال الوقائية الخاصة بهم ، وتوزيعهم توزيعاً سليما على نطاق القطر .

٥ — إنشاء أقسام الأطفال فى المستشفيات العامة والمركزية وتزويدها بالأجهزة والقوة البشرية المتخصصة .

الصحة المدرسية

ازداد العبء الملقى على الصحة المدرسية بالارتفاع الهائل فى عدد التلاميذ بعد التوسع المضطرد والسريع فى التعليم ، هذا التوسع الذى يمكن ملاحظته بالذات منذ سنة ١٩٦١ .

ومع ذلك فحتى فى سنة ١٩٥٨ زادت أعمال الصحة المدرسية ثلاثة أضعاف ما كانت عليه سنة ١٩٥٢ ، فى حين لم تتطور خدماتها لتقابل هذه الأعباء الناشئة عن مجانية التعليم ، وزيادة عدد التلاميذ والطلبة فى جميع المراحل، بينما كانت خدمات الصحة المدرسية قاصرة فى الأصل عن تلبية احتياجات المجتمع .

وتتضح تلك الحقيقة من الجدول رقم ١٨ .

السنة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة العلاجية	عدد الوحدات العلاجية	الوحدات القروية	المرضى الخارجى	المرضى الداخلى
١٩٥٢		٨١	٢٤		٦٩٣,٨٤٣	١٣٧١
١٩٥٨		٢٨٠	٣٤	٩٧	١,٧٧٨,٤٤٠	٤٧٩٧

كانت وحدات الصحة المدرسية عاجزة عن تقديم الخدمات لنسبة كبيرة من التلاميذ (٤٥ ٪ تقريباً) والذين وصل عددهم الإجمالى إلى ١,١٧١,٨٠١ . وكان يشرف على جزء من هذا العدد أطباء المجموعات الصحية ، والوحدات المجمعة ، ومكاتب الصحة .

يضاف إلى كل ذلك أنه لم تحدث زيادة مناسبة فى عدد الأطباء الوقائيين ، والزائرات الصحيات ، والفنيين ، فى الفترة من ١٩٥٢ إلى ١٩٥٨ ليتمشى مع

الارتفاع المستمر فى عدد التلاميذ والتوسع الكبير فى إقامة المدارس والمعاهد ، مما أدى إلى تخلف هذه الخدمات ، وعجزها عن توفير الإشراف الصحى المطلوب على الأجيال الشابة فى المدارس ، ورعايتهم ووقايتهم من الأمراض ، والإشراف على دور التعليم المختلفة ، ومرافقها ، وظروفها الصحية . كما أصبح من المستحيل القيام بعمليات الفحص الشامل كجزء أساسى من الوقاية يهدف إلى اكتشاف الحالات المرضية مبكراً وعلاجها ، وكذلك حالات العجز الجثمانى والتخلف الذهنى .

والحد الأدنى الذى يوفر خدمة طبية معقولة فى المدارس ، يوضح العجز الذى كان قائماً إذ ذاك :

طبيب وقائى لكل	٤٠٠٠ تلميذ	٨٨٥
زائرة صحية لكل	١٥٠٠ تلميذ	١١٠٠
طبيب أسنان لكل	٨٠٠٠ تلميذ	٣٠٠
معاون صحى لكل منطقة		٢٥

الخطة الخمسية ونتائجها

خصصت وزارة الصحة فى الخطة الخمسية ٢٧٩,٨٥٠ جنيه للصحة المدرسية منها ١٢٠,٠٠٠ جنيه لإنشاء وتجهيز مستشفى الطلبة فى الإسكندرية ، و ٧٨,٣٠٠ جنيه لتجهيز ١٣٨ وحدة صحية مدرسية ببنادر المركز ، و ٦٣,٠٠٠ جنيه لتجهيز ٢١ مجموعة علاجية مدرسية لعواصم المحافظات .

كما أوكلت إلى جميع الوحدات الصحية المنشأة والعاملة بالريف القيام بأعمال الصحة المدرسية فيما يتعلق بالمنشآت التعليمية الداخلة فى اختصاص كل منها . وهكذا اتسعت إمكانيات الصحة المدرسية إلى درجة ملموسة .

ونورد هنا الجدول رقم ١٩ لنلخص فيه ما تم خلال الخطة الخمسية الأولى من أعمال فى مجال الصحة المدرسية .

الجدول رقم ١٩

أعمال الصحة المدرسية خلال الخطة الخمسية الأولى

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٥/ ٦٦	نسبة الزيادة عن عام ١٩٦٠
مجموعات صحة مدرسية	٢٤	٣٢	٤٦(٦٧)	١٨٥٪
وحدات صحة مدرسية ببنادر المركز	—	—	١٣٨(٦٧)	
وحدات أسنان مدرسية	—	١٤	٢٠٤(٦٧)	١,٥٠٠٪
وحدات تخصصية نفسية وللسمع والقلب	١	٥	٨	١٦٠٪
مدارس زائرات صحيات	—	٢	٦	٣٠٠٪
مستشفيات طلبة	٢	٢	٤	٢٠٠٪
عدد الأسرة	٨١	٢٤٦	٤٣٤	١٧٦٪
إجمالى المترددين على وحدات الصحة المدرسية	—	٣,١٣٩,٠٠٠	٤,١٣٩,٠٠٠	١٣٢٪
إجمالى المترددين على وحدات الأسنان	—	٢١٧,٠٠٠	٤١٨,٠٠٠	١٩٣٪
إجمالى الفحوص المعملية	—	٢٣٦,٠٠٠	٤٩٢,٠٠٠	٢٠٩٪
عدد مرضى الأقسام الداخلية	—	٥,٦٧٠	٧,٤٢٠	١٣٠٪
عدد حالات الفحص الطبى الشامل		٣٦٤,٠٠٠	٤٨٩,٠٠٠	١٣٥٪
عدد المتحصنين ضد الدفتريا		٣١٠,٠٠٠	٧٩٩,٠٠٠	٢٠٩٪
عدد المطعمين ضد الجدرى		٣٦٠,٠٠٠	٨٥٢,٠٠٠	٢٣٧٪
نظارات		٢,٤٠٠	٨,١٠٠	٢٩٥٪
أجهزة تعويضية		٩٤	٨٩١	٩٤٨٪

المصدر : إحصاءات إدارة الصحة المدرسية بوزارة الصحة ١٩٦٦ .

ونتيجة لهذه الزيادة فى الوحدات انخفضت نسبة الدفتيريا فى السن المدرسى

من ٣,٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ تلميذ عام ٥٩ / ٦٠ إلى ١,٦ لكل ١٠٠,٠٠٠ ونسبة القراع فى المدارس الابتدائية من ١,٣ فى المائة عام ١٩٦٣ إلى ٠,٩ ٪ عام ١٩٦٥ .

وأهم مظاهر هذا التوسع هو الزيادة فى التطعيم ، وفى الكشف الشامل ، وإن كانت الزيادة فى هذين المجالين ، المهمين للغاية ، ليست كما كنا نتوقع حيث إن الكشف الدورى والتطعيم كانا أساسيين فى الوقاية . ومع ذلك فقد دخل شىء من التنظيم فى خطط الصحة المدرسية سواء فيما يتعلق بالوقاية أو بالعلاج ، وشملت الخدمة جميع المدارس بالمدن والريف . فقد زادت عدد وحدات الصحة المدرسية من ٢٥ وحدة سنة ١٩٦٥ إلى ١٤٠ وحدة سنة ١٩٦٦ علاوة على قيام ١٧٢٩ وحدة فى الريف بتقديم نوع من الرعاية لتلاميذ المدارس ضمن أعمالها .

وقد بدئ سنة ١٩٥٤ فى تطبيق نظام الفحص الطبى الدورى الشامل للتلاميذ المستجدين كل عام ، ولكن ينقص هذا النظام أن يعمل هذا الفحص الطبى على جميع التلاميذ سنوياً . وكذلك تنوعت أساليب الإشراف الصحى على البيئة المدرسية فشملت المرور الدورى على المدارس ، وحالة المبانى المدرسية ، والمرافق الصحية ، وفحص عمال التغذية للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية . كما أدخل نظام المجمعات الصحية المدرسية مع اشتراك الأطباء والزائرات الصحيات فى مجالس الآباء ، ولكن دون أن يأتى بنتائج ملموسة حتى الآن .

وهناك بدايات اهتمام بأهم المشاكل الصحية فى السن المدرسى مثل الحول ، وضعف البصر ، والأمراض الصدرية ، وأمراض القلب والروماتيزم ، والأمراض النفسية ، وأمراض ضعف السمع . فأنشئت بعض الوحدات الخاصة لعلاج هذه الحالات مع صرف نظارات ، وسماعات ، وأطراف صناعية ، وغيرها من المساعدات بالمجان للتلاميذ غير القادرين .

ولكن حتى يمكن تطوير خدمات الصحة المدرسية يجب مراعاة بعض المسائل الأساسية .

١ — تعميم الكشف الدورى السنوى .

٢ — تعميم التطعيم ضد الأمراض المختلفة وعلى الأخص الدرن وهذا يتطلب إعادة التطعيم كل سبع سنوات بعد المرة الأولى ، كذلك التطعيم ضد الجدرى والدفتريا والتيفود . . . إلخ .

٣ — زيادة عدد أطباء الأطفال المتخصصين ، وكذلك الممرضات ، أو الزائرات الصحيات اللائى عمل لهن تدريب خاص فى أمراض ومشاكل السن المدرسى . ومن المفيد أن تعمل نوع من الدراسة التخصصية لكل من يعمل فى هذا المجال .

٤ — إعطاء اهتمام أكبر لتغذية التلاميذ ، وصرف المبالغ اللازمة لذلك ولو عن طريق التضحية بأشياء أخرى لما للتغذية من أثر على القوى الجسمانية والعقلية للأجيال القادمة .

٥ — الاهتمام بالتثقيف الصحى للآباء والأمهات من خلال المدرسة ومجلس الآباء .

التثقيف الصحى

سنتعرض فى الجزء الخاص بالخدمات الصحية فى المدن إلى دور الجماهير فى إدارة المنشآت الصحية ، وفى الرقابة عليها ، وصيانتها ، وحسن استخدام إمكانياتها . ولا شك أن هذا الدور لا يمكن أن يقوم دون أن يبذل جهد صادق ومستمر فى التثقيف الصحى للمنتفعين والعاملين على السواء . والحاجة إلى التثقيف الصحى تنمو سريعاً فى بلادنا . فكلما ازداد تطور الخدمات الصحية ، كلما ازدادت الحاجة إلى تثقيف صحى منظم ، حتى يسهم الشعب إسهاماً فعالاً لتحقيق أهداف هذه الخدمات . وقد رأينا فى الأمراض المتوطنة مثل البلهارسيا ، أو فى مرض خطير مثل الدرن ، ما للتثقيف الصحى من أهمية فى الوقاية من هذه الأمراض والكفاح ضدها .

وقد أنشئت إدارة التثقيف الصحى فى الوزارة منذ سنة ١٩٥٧ . وخصصت لها ميزانية وصلت إلى ٥٠ ألف جنيه سنة ٦٦ / ٦٧ على أساس أن يقسم هذا المبلغ مناصفة بين الجهاز المركزى فى الوزارة ، وبين مكاتب التثقيف الصحى فى المحافظات . ويوجد من هذه المكاتب حتى الآن ٣٥ يعمل فيها أحد عشر طبيباً متخصصاً، و ٤٥ من المثقفين الصحيين ، أغلبهم إما معاونون صحيون أو خريجو الخدمات الاجتماعية ، وعلى هذا فإن جهاز التثقيف الصحى لم يستكمل بعد ، وما زال ينقصه العدد الكافى من الأطباء المتخصصين ومن المثقفين المدربين .

ومن الواضح أن مهمة التثقيف الصحى لا تتم أساساً عن طريق المثقفين الصحيين والأجهزة المتخصصة مباشرة ، فهى لابد أن تكون عاجزة عن القيام بهذا العمل نظراً للعدد المحدود من العاملين فى هذا الميدان ، الذى يحتاج إلى الآلاف ، وإنما هى تعمل فى الواقع عن طريق جميع الأجهزة الصحية ، وأجهزة الثقافة ، والإعلام ، والتعليم ، إلخ .

والتثقيف الصحى يدخل فى الواقع ضمن اختصاص كل العاملين فى الحقل الصحى ، بإرشاد وتنسيق من قبل أخصائى التثقيف الصحى . وهذا يتطلب عدة شروط .

١ ـ أن تكون هناك خطة شاملة واضحة للتثقيف الصحى يتحدد فيها برنامج العمل ، ودور كل جهة من الجهات فى مهمة تنفيذ الخطة .

٢ ـ أن يكون هناك اقتناع بأهمية التثقيف الصحى وفعاليته .

٣ ـ أن يعرف العاملون الآخرون فى مجال الصحة واجباتهم فى التثقيف الصحى .

٤ ـ أن تتم متابعة فعالة لطريقة تنفيذ هذه الواجبات من الأجهزة المسئولة .

٥ ـ أن تشترك الأجهزة الشعبية فى هذا العمل بشكل فعال .

وحيث إن جميع هذه الشروط غير متوفرة ، فليس من العسير أن نتصور مدى الضعف والتفكك الذى تتصف به أعمال التثقيف الصحى فى الوزارة . فما زالت الأعمال حتى الآن تقتصر على دورة تدريبية للمسئولين عن التعليم فى المناطق وبعض الأفلام ، وكتيب يحدد واجبات التثقيف الصحى طبع فى سنة ١٩٦٧ ، وبعض النشرات .

وقد كان التثقيف الصحى فى الماضى يؤدى غالباً فى حملات جماعية . أما اليوم فهو يركز على مشكلات بعينها بحيث يمكن تحقيق نتائج ملموسة فى وقت قصير نسبياً . وهذا التحديد للأولويات فى التثقيف الصحى فى البرنامج هو ما لم يحدد . ولذلك ما زال يسير العمل بشكل تلقائى غير مدروس .

التغذية

ما زالت تعانى الجمهورية العربية المتحدة من نقص فى المواد الغذائية ، مما يعرض الكثير من فئات السكان لآثار هذا النقص . ونظراً لتغلب نسبة فئات السكان الصغيرة السن فى بلادنا ، مع ارتفاع معدلات الإنجاب والوفاة ، فإن مسألة التغذية ذات أثر عميق على حياة الملايين ، سواء من ناحية الانتصار على أخطار المرض والموت ، أو من ناحية الجسم السليم والبنية القوية التى يمكن أن تواجه الحياة فيما بعد .

وللتغذية آثار اقتصادية بعيدة المدى مباشرة وغير مباشرة . كما أن سوء التغذية هو السبب الرئيسى للوفاة بين فئات السن الصغيرة ، أى بين السكان غير العاملين ، وعلى الأخص فى فترة الفطام ، والفترة التالية لها مباشرة . وأن انخفاض مستوى التغذية يقوض الصحة ويضعف القدرة الإنتاجية ، ولذلك قد يؤثر تأثيراً خطيراً على التنمية الاقتصادية فى البلاد .

من هذا يتضح أهمية إدماج برامج التغذية فى خدمات صحة الأم والطفل ،

وغيرها من الخدمات الصحية ، وإدماج التغذية والتثقيف الصحى فى المدارس ووضع برامج لتغذية عمال الصناعة .

وأثناء البناء الذى نقيمه للمستقبل ، يجب أن نضع نصب أعيننا ما هو معروف جيداً من أن سوء التغذية وعدم كفايتها يمكن فى بعض الأحيان أن ينبع من الجهل ومن العادات الغذائية الخاطئة . ومن هنا نرى أهمية إيجاد تعاون أوثق بين خدمات التغذية ، وصحة الأم والطفل والتثقيف .

ومن الموضوعات الهامة للغاية فى هذا الشأن هو تخزين الطعام فإن كميات الطعام ، وهى كثيراً ما تكون محدودة ، تزداد نقصاً عن طريق التخزين تحت ظروف غير مناسبة ، ومنافية للقواعد الصحية . وبعض أنواع الطعام مثل الغلال والبقول مستهدفة للتلف بشكل خاص ،وتصبح فى الغالب غير صالحة للاستهلاك الآدمى بسبب التخزين الخاطئ وغير الصحى . وقد تصل نسبة الخسارة الشاملة فى هذه الأغذية إلى ١٦ ٪ وأحياناً يصل التلف فى بعض حالات التخزين إلى ٥٠ ٪ من الطعام المخزون . ولعل السبب المبدئى للتلف هو الرطوبة التى تسمح بنمو العفن ، ولكن فى الغالب يتلوث الغذاء بفضلات الفئران أو العصافير أو الوطاويط والحشرات ، مما يحتم ضرورة إعدام الأطعمة . وتحدث هذه الخسائر فى دور السكن وحوانيت بيع الأغذية بالتجزئة ، ومخازن الأغذية بالجملة ، والمطاحن .

ومن ثم فإن التخزين غير المناسب فى ذاته قد يؤدى إلى خسائر كبيرة فى المال والطعام .

لذلك من واجب السلطات الصحية أن تعنى بتصميم مخازن الطعام ، وبالتفتيش والإشراف على مبانى تجارة الطعام بالجملة وبالتجزئة .

وقد أنشئ معهد التغذية فى نطاق استثمارات الخطة الخمسية الأولى . ولكن دوره فى دراسة مشاكل التغذية وحلولها ما زال محدوداً حتى الآن .

الإحصاء والمعدلات

تهدف السياسة الصحية السليمة إلى توفير الخدمات الطبية والصحية لجميع أفراد الشعب لا تؤثر فئة على فئة ، ولا تنال عنايتها طبقة دون طبقة ، وإنما توزعها وفق الاحتياجات الحقيقية للسكان .

وهذه الأهداف تستدعى وضع تخطيط شامل ، والخطط تحتاج إلى بيانات كاملة تصور الواقع أولا بأول حتى يمكن وضع المشاريع والبرامج الصحية على أسس سليمة .

لذا بدأت الوزارة فعلا فى تدعيم قسم الإحصاء ، كما أنشأت مكاتب فرعية فى المناطق الطبية لكى تمدنا بالمعلومات الضرورية .

ولكن الأمر يتطلب تدعيم الجهاز الإحصائى للوزارة حتى يكون فى مستوى المهام الملقاة عليه وهذا يتطلب :

١ — أن يضاف إلى الدراسات المعطاة لطلبة كليات الطب ، والمعاهد الفنية الصحية ، ومدارس الممرضات ، برنامجاً عن الإحصاء ، حتى يستطيعوا أن يساهموا فى جمع وتبويب الإحصاءات أينما وجدوا ، سواء فى الوحدات الريفية أو المستشفيات ، أو الأجهزة الإدارية المحلية والمركزية .

٢ — أن يتوفر لدى الجهاز المركزى الإحصائى عدد من الأخصائيين المؤهلين تأهيلاً مناسباً ، وعدد كاف من المؤهلين تأهيلاً متوسطاً فى الإحصاء .

٣ — أن يتوفر لدى المكاتب الفرعية بالمناطق الطبية أحصائيون مؤهلون ، وعدد كاف من المستويات المتوسطة والمساعدين فى الأعمال الإحصائية .

٤ — أن يتوفر لدى المكاتب الفرعية الآلات الحاسبة اللازمة .

ويعتمد الهيكل العام للتنظيم الإحصائى على ما يلى :

أولاً : إنشاء وتجهيز مكاتب إحصائية بالمناطق الطبية .

ثانياً : إنشاء مراكز إحصائية بالمستشفيات العامة يشرف عليها المساعد الإدارى بالمستشفى .

ثالثاً : تعزيز قسم الإحصاء بالوزارة بما يتناسب مع الأعمال التى ستوكل إليه نتيجة المشروعات المختلفة التى تقوم بها الوزارة .

لقد أثبتت التجربة أن أى تقيم صحيح للخدمات الصحية لابد أن ينبنى على أساس معدلات معينة ، يمكن بها قياس درجة تحقيق الأهداف التى سبق تحديدها . ويتم تقدير التقدم بواسطة البحوث المعملية والحقلية المتواصلة التى تنير الطريق أمام المراجعة الدورية لنتائج الخطة ، وإحداث التعديلات اللازمة حسب الظروف المتغيرة .

وهناك ثلاث معدلات أو مقاييس لها أولوية فى تقييم الخدمات الصحية .

١ — طول العمر المتوقع عند الميلاد .

٢ — معدل وفيات الأطفال .

٣ — معدل الوفاة السنوى الشامل .

وهذا يدل على ضرورة اهتمام وزارة الصحة بتطوير خدماتها الإحصائية ، بحيث يمكنها أن تحسب هذه المعدلات الثلاث على الأقل بالدقة المطلوبة ، بخلاف المعدلات الأخرى اللازمة للتخطيط .

إلا أن الحصول على بيانات شاملة ودقيقة ما زال يمثل مشكلة حقيقية قد يكون المسح بالعينة ، والمنفذ على أساس سليم ، وسيلة بديلة للحصول على بيانات دقيقة فى كثير من المسائل . ويمكن للوحدات الصحية الريفية أن تلعب دوراً هاماً فى جمع مثل هذه البيانات .

ولا توجد فى بلادنا حتى الآن قوائم للوفيات طبقاً لسببها . وعلى أى الحالات فقد أصبح أمراً ملحاً وجود بيانات وإحصاءات ومعدلات أكثر شمولاً ودقة ، بحيث يمكن وضع التخطيط على أسس أسلم . وهذا يتطلب تدريب أخصائيين فى الإحصاء بأعداد متزايدة .

الخدمات الوقائية والمستقبل

خصصت الخطة الخمسية الأولى مبلغ ١,٣٠٨,٧٠٨ جنيه للخدمات الوقائية من إجمالى الاستثمارات وهى ١٨,٣٣٢,٧٧٠ جنيه .

ومن الواضح حتى الآن أن النواحى العلاجية ما زالت هى التى تطغى على الجوانب الأخرى الخاصة بالوقاية وبحملات استئصال الأمراض . ومع التسليم بضرورة إيجاد حد أدنى من الإنشاءات الصحية فإننا نخشى من المبالغة فى هذا الجانب لعدة أسباب :

١ ــ النظرة التى ما زالت تحكم أسلوب العمل فى الأجهزة الإدارية والتى تثق أساساً فى المال والإمكانيات المادية أكثر مما تثق فى قوة البشر إذا ما نظموا وعرفوا الواجبات الملقاة عليهم .

٢ ــ الإنشاءات والعلاج أسهل من الوقاية واستئصال الأمراض اللذين يحتاجان إلى جهود شاقة، وصبر، وقدرة على تحمل الصعوبات ومواجهتها، كما أن نتائجها لا تظهر إلا بعد مدة طويلة نسبياً . أما المشاريع الإنشائية والعلاجية فهى ظاهرة للعيان، يمكن الحديث عنها فى الصحف والاجتماعات وأمام المسئولين والرأى العام. ومع ذلك فإن العلاج وحده لن يحل أى مشكلة رئيسية من مشاكلنا الصحية . إن التركيز على العلاج مثل موقف الطبيب الذى يعالج أعراض المرض دون أن يعالج أسبابه . وهو يؤدى فى النهاية إلى استنزاف موارد وجهود البلاد استنزافاً مستمراً لا ينقطع .

أما الوقاية واستئصال الأمراض فهما لا يصلحان مادة للدعاية ، ويحتاجان إلى جهد شاق وطويل ، وإلى القدرة الحقيقية فى تحمل المسئولية ومواجهة الصعاب ولكنها الطريق الوحيد لحل مشاكلنا الصحية حلاً حاسماً وجذرياً .

٣ ــ ما زال الاهتمام بالتثقيف الصحى، وهو عنصر أساسى فى الوقاية من المرض وفى استئصال الأمراض الخطيرة مثل البلهارسيا والدرن، ضئيلاً للغاية .

وليس أدل على ذلك من المبلغ التافه الذى صرف على التثقيف الصحى فى الخطة الأولى وهو ٥٠,٠٠٠ جنيه . والواقع أن هذا الميدان يحتاج إلى اهتمام جدى ومستمر .

٤ — هناك قصور واضح فى الاهتمام بتكوين المتخصصين فى الصحة العامة . وهذا القصور سببه الأساسى هو أن الفروع العلاجية بالذات تستأثر بالاهتمام الأساسى فى مجال الصحة ، وتوفر للأطباء العاملين فيها فرص الكسب المناسب والتقدم العلمى ، وتبوأ المراكز المسئولة . أما الأطباء الذين يعملون فى الوقاية والصحة العامة وفى الأعمال المشابهة داخل وزارة الصحة فليسوا موضع التقدير المادى والأدبى والعلمى الكافى . وهذا وضع غريب فى بلد يسير نحو الاشتراكية مهمته الأساسية فى مجال الصحة هو التخلص من المرض ، مما يتطلب رسم خطة لجذب الأطباء إلى هذا العمل ، ويجب أن تتضمن هذه الخطة العدد المطلوب تخريجه سنوياً وتدعيم أقسام الصحة العامة فى الكليات ، وإصدار اللوائح التى تسمح بتشجيع التفرغ ، وإعطاء مكافآت مادية للعاملين فى الصحة العامة والوقاية بالذات ، وتطوير فرص ومجالات الدراسة العلمية . . إلخ . .

٥ — فيما يتعلق بطب الصناعات والأمراض المهنية فهى جزء أساسى من الطب الوقائى وميدانها هو المصانع والمدن . وقد آثرنا تناولها عند التحدث عن مشروع التأمين الصحى . ومع ذلك يجب الإشارة إلى نقطة هامة وهو أنه قد آن الأوان لكى تعرض جميع المشاريع المتعلقة بإقامة المصانع . والمناطق السكنية ، ومشاريع التغذية على أطباء الصحة العامة . . إلخ .

وهذا يتطلب أن يعمل معهد الصحة العامة فى اتصال وثيق بالمشاكل التى تواجهنا وألا يقتصر على الناحية الأكاديمية فى عمله .

٦ — يجب ربط العمل العلاجى بالعمل الوقائى فى جميع المستويات .

الباب الثالث

الخدمات العلاجية

الفصل الأول

الخدمات الصحية فى الريف

إن أول برنامج منسق لخدمات الصحة القروية على نطاق واسع كان مشروع تحسين الصحة القروية الذى أنشئ تنفيذاً للقانون رقم ٤٦ لسنة ١٩٤٢ ، ثم القانون رقم ٦٢ لسنة ١٩٤٧ المعدل بالقانون رقم ٢٩٠ لسنة ١٩٥٦ . ويقوم هذا المشروع على إنشاء مجموعة صحية قروية لكل ١٥,٠٠٠ إلى ٢٠,٠٠٠ من السكان ، وهم يكونون عادة عدداً من القرى يتراوح بين ٣ إلى ٦ قرى على أبعاد مختلفة من مقر المجموعة ، وقد تصل إلى سبعة كيلومترات ، وإلى أكثر من هذا أحياناً .

وتتكون المجموعة الصحية من :

١ – عيادة خارجية ملحق بها صيدلية ، وقسم للأمراض المتوطنة به معمل لفحص الأهالى وعلاجهم من الأمراض المتوطنة علاوة على الأمراض العادية الأخرى .

٢ – قسم داخلى يحتوى على عشرين سريراً فى المتوسط لعلاج بعض أمراض الريف . وكذلك إجراء الولادات فى بعض الحالات .

٣ – فرع لرعاية الأمومة والطفولة ، والخدمة الصحية للحوامل ، والوالدات والأطفال ، وملحق به سيارة إسعاف للقيام بعمليات التوليد فى المنازل ، والمرور على الحوامل والوالدات .

٤ — مكتب للخدمات الصحية الوقائية للقيام بأعمال تسجيل المواليد والمتوفين ، والوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها فى منطقة عمل المجموعة .

وتقوم المجموعة الصحية إلى جانب ذلك بالمساهمة فى رفع المستوى الصحى للقرية عن طريق إقامة المرافق المختلفة والتثقيف الصحى لسكان القرية .

ويوجد فيها طبيب واحد أو اثنان وقد أنشئ حتى الآن ٢٦٣ مجموعة صحية .

ثم تطورت سياسة الخدمات فى الريف بإنشاء مشروع الوحدات المجمعة . وقد صدر بذلك القانون رقم ٦ لسنة ١٩٥٦ المعدل بالقانون رقم ١١٨ لسنة ١٩٥٧ ، وبالقانون رقم ٥٢ لسنة ١٩٥٩ .

وفى هذا المشروع قسم الريف إلى مناطق يبلغ تعداد كل منها حوالى ١٥,٠٠٠ نسمة ويبلغ عددها حوالى ٨٨٠ منطقة ينشأ فى كل منها وحدة مجمعة وقد أنشئ منها حتى الآن ٣٠٧ وحدة .

وتتكون الوحدة المجمعة من ثلاثة أقسام .

١ — قسم الشئون الصحية .

٢ — قسم التربية والتعليم .

٣ — قسم الشئون الاجتماعية والزراعية .

ورسالة القسم الصحى بالوحدة المجمعة فى أساسها تشمل أعمال المجموعة الصحية ، ولو أن نشاط الوحدة المجمعة بصفة عامة يقل عن نشاط المجموعة الصحية .

وقد مر نظام الخدمات الصحية فى قطاع الريف بمراحل متعددة ، بدأت بإنشاء المستشفيات القروية عام ١٩٢٨ التى أقيمت فى القرى على أساس الوقاية والعلاج ثم أوقف العمل بها . وأقيمت المجموعات الصحية سنة ١٩٤٢ وظل العمل مستمراً فى إقامتها حتى بلغ عددها ٢٤٩ مجموعة عاملة سنة ١٩٥٩ . أما الوحدات المجمعة فقد بدئ فى إنشائها سنة ١٩٥٣ ووصل عددها إلى ٢٠٨

وحدة سنة ١٩٥٩ ، فضلاً عن ٤٢ وحدة مجمعة كانت معطلة بسبب قلة عدد الأطباء ، أو عدم وجود مورد مالى وعدم استكمال مبانيها . كما أقيمت فى الوقت نفسه وحدات العلاج الشامل لعلاج الأمراض المتوطنة وذلك أساساً فى مناطق المنيا ، والشرقية ، والدقهلية ، ودمياط حتى بلغ مجموع الوحدات العاملة ١٦٨ ، منها ١٨ وحدة لم تكن عاملة فى ذلك الوقت .

وبنيت الوحدات المجمعة والمجموعات الصحية كما رأينا على أساس توفير خدمة العيادة الخارجية والقسم الداخلى ، علاوة على القيام بأعمال مراكز رعاية الأمومة والطفولة ، ومكاتب الصحة ، وعلاج الأمراض المتوطنة ، وعلى أساس خدمة ١٥ ألفاً إلى ٢٠,٠٠٠ مواطن موزعين فى عدة قرى ، على مسافات مختلفة من الوحدة تصل من ٣ إلى ٨ كيلومترات فى الوجه البحرى ، وإلى أكثر من ذلك فى الوجه القبلى .

وقد لوحظ فى هذه المنشآت الصحية أن الخدمات المختلفة المقدمة لسكان الريف تؤدى على أوسع نطاق فى القرية التى هى مقر الوحدة ، وتقل بشكل واضح فى القرى البعيدة ، خصوصاً إذا ما زادت المسافة عن ثلاث كيلومترات وكانت هناك صعوبات الانتقال على طرق غير معبدة ، وبوسائل نقل بدائية ، كما هو الحال فى كثير من الأحيان . يضاف إلى ذلك أن الطاقة المستغلة فى هذه الوحدات قدرت بنسبة ٦٠ ٪ فقط من إمكانياتها القصوى وذلك للأسباب الآتية :

١ ــ قلة الأطباء فى ذلك الوقت .

٢ ــ قلة الأجهزة والآلات .

٣ ــ ارتفاع التكاليف فى وحدات من هذا الحجم .

٤ ــ ضعف هيئة التمريض .

٥ ــ بعد المسافات عن القرى .

كما لوحظ أيضاً كثرة عدد المواطنين الذين يفترض أن تخدمهم الوحدة

الواحدة . ويتضح ذلك من الجدل رقم ٢٠ الخاص – بوحدات القطاع الريفى سنة ١٩٦٠ .

جدول رقم ٢٠

الوحدات العاملة فى الريف سنة ١٩٦٠

نوع الوحدة	العدد	عدد الأسرة
مجموعة صحية	٢٥٦	٣٦١١
وحدات مجمعة	٢١٣	٢٩٨٩
مراكز اجتماعية	١٠٥	٨٤٠
وحدات علاج شامل	١٤٩	—
	٧٢٣	٧٤٤٠

أى بنسبة : وحدة واحدة لكل ٢٢,٠٠٠ مواطن فى الريف .
سرير واحد لكل ٢,١٠٠ مواطن فى الريف .
عدد سكان القطاع الريفى سنة ١٩٦٠ ٢٥,٢٠٠,٠٠٠ .

الوحدات الصحية الريفية

حتى يمكن مواجهة النواقص التى أشرنا إليها فى المشروعات السابقة بدأ تطوير جديد فى سياسة توزيع الخدمات الصحية الريفية ، وذلك عن طريق تغطية المناطق الريفية الحالية من الخدمات الصحية بإنشاء وحدات صحية ريفية مبسطة ، تخدم كل منها قرية واحدة أو قريتين يصل عدد سكانها إلى ٥٠٠٠ نسمة تقريباً ، على ألا تزيد المسافة بين إحدى القرى والوحدة التى تخدمها عن ٢ – ٣ كيلومترات .

وتؤدى هذه الوحدة كل الخدمات التى تقوم بها المجموعة الصحية مع

تحسينها . ويشمل ذلك الخدمات الصحية الوقائية ، ومكافحة الأمراض المتوطنة وعلاجها ، وخدمات الصحة المدرسية ، وخدمات ورعاية الأمومة والطفولة ، والتثقيف الصحى ، والمساهمة فى رفع المستوى الصحى للبيئة .

وتتميز هذه الوحدة أيضاً بالميزات الآتية :

١ ــ مساحة الأرض المطلوبة أقل من فدان بدلاً من ثلاثة فدادين .

٢ ــ التكاليف فى الإنشاء والتجهيز أقل خصوصاً وأن اليونيسيف تتولى التجهيز ، وهذه التكاليف تتراوح بين ٧ ــ ٩ آلاف جنيه بدلاً من ٢٥ أو ٣٠ ألفاً من الجنيهات (٦٠ ألف جنيه حالياً نتيجة لارتفاع الأسعار) .

٣ ــ لا ينشأ بها قسم داخلى بكل ما يترتب على ذلك من مصاريف الإدارة والأفراد والتغذية . . . خصوصاً وأن هذه الأقسام غير مستغلة على نحو سليم كما سيتضح لنا فيما بعد .

٤ ــ قرب الخدمات من سكان القرية مما يسمح فى كثير من الأحيان ، إلى جانب تسهيل العلاج للفلاحين ، بتوفير مصاريف الإسعاف والانتقال .

وقد وصل عدد الوحدات الطبية التى تخدم فى الريف إلى ١٦٧١ خلال سنة ١٩٦٧ وبيانها كالآتى :

٢٦٤ مجموعة صحية .

٣١١ وحدة مجمعة .

٩٩ مركزاً اجتماعياً . (ستحول إلى وحدات ريفية) .

٩٦٤ وحدة صحية ريفية[1] .

٣٣ وحدة علاج شامل (جارى تحويلها أيضاً إلى وحدات ريفية) .

وبذلك ارتفع عدد الوحدات من وحدة لكل ٢٢,٢٠٠ من السكان فى سنة ٥٩ / ٦٠ ، إلى وحدة لكل ١١,١٠٠ من السكان عام ٦٤ / ٦٥ ، ثم وحدة

---

(١) وصل هذا العدد خلال عام ١٩٦٧ إلى ١١٧١ (بيان وزير الصحة إلى مجلس الأمة فى مايو سنة ١٩٦٧) .

لكل ١٠ آلاف سنة ٦٥ / ٦٦ مع مراعاة الزيادة فى عدد السكان . وقد صرفت وزارة الصحة خلال الخطة الخمسية الأولى ما يقرب من ٦ ملايين جنيه (٥,٧٠٠,٠٠٠) لإقامة الوحدات الريفية :

ومن هذا يتضح أن حجم الخدمة الصحية بالقطاع الريفى قد زاد ما يقرب من ستة أضعاف ما كان عليه قبل الثورة وقد ساعد تقدم الخدمات الصحية على ارتفاع المستوى الصحى لأهل الريف .

وقد أصبح من حق وزير الصحة منذ سنة ١٩٦٦ تكليف جميع الأطباء بالعمل فى خدمة أبناء الريف لمدة عامين قابلة للتجديد قبل السماح لهم بمزاولة المهنة فى أية جهة أخرى. وبذلك يؤدى الأطباء واجبهم نحو وطنهم ويردون للفلاحين الكادحين شيئاً مما قدموه لتعليم المثقفين فى بلادنا عموماً . وطبق هذا النظام لسد احتياجات الخدمات الطبية المتزايدة فى الريف ، وأصبح يعمل فى الريف الآن حوالى ١٨٠٠ طبيب ، كما يوجد فى الوحدات الريفية ما يقرب من :

١٦٣٢ مساعد معمل

٨٩٥ ملاحظ صحى

٣٣٧٧ مساعدة مولدة

جدول رقم ٢١
تطور الخدمات الصحية فى الريف

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٧	النسبة المئوية فى الزيادة
عدد الوحدات بالقطاع الريفى	٢٢٢	٥٦٦	١٧٤٥	٪٧٨٦
السكان الذين تخدمهم الوحدة الواحدة	٥٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٠,٠٠٠	
عدد الأسرة بالريف	١٨١٦	٦٩١٣	٨٠٠١	٪٤٣٥
عدد الأطباء	٢٢٢	٥٦٦	١٨٧٩	٪٨٥٨
عدد أفراد هيئة التمريض	٨٠٠	١٢١٤	٣٢٧٧	٪٤١٠
عدد المعاونين الصحيين	١٢٠	٢٣٠	٤٧٣	٪٣٩٤
عدد الملاحظين الصحيين	—	—	٨٩٥	٪٨٩٥
عدد مساعدى المعمل	٢٢٢	٥٦٦	١٦٣٢	٪٧٣٥

المصدر : بيان الوزير إلى مجلس الأمة فى مايو سنة ١٩٦٧ .

جدول رقم ٢٢
تطور عدد المنتفعين من الخدمات الصحية فى الريف

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
مرضى العيادة الخارجية	١,٥٩١,٩٤٩	٢,٠٣١,٨٣٢	١٠,٩١٧,٤٠٥
عدد من فحصوا معمليا	٩٦٢,٨١٥	١,٢٤٦,٢٧٩	٣,٩٠٦,٥٨٨
عدد من عولجوا بالأقسام الداخلية	١٦,١٧٩	٢٤,٤٦٦	٨٥,٦٣٠
عدد الحوامل اللائى تمت رعايتهن	٦٢,٠٣٤	٨٢,٩٠٦	١٨٥,٢٤٧
عدد الولادات بمعرفة الوحدات	٥٧,٠٣٠	٨٤,٨٤٣	٢٦٥,٤٨٦

المصدر : بيان وزير الصحة فى مجلس الأمة فى مايو سنة ١٩٦٧ .

تقييم مشروعات الخدمة الصحية بالريف

لقد ارتبطت مشاريع التوسع فى الخدمات الصحية للريف ، شأنها شأن التوسع فى كثير من الخدمات الأخرى بصدور قرارات التأميم فى يوليو سنة ١٩٦١ ؛ والآن بعد مرور أكثر من ست سنوات من المفيد أنه تلقى نظرة على ما تم تحقيقه.

أقيمت المشاريع الصحية فى الريف على أساس ثلاثة مستويات .

أولا : وحدة صحية ريفية لكل خمسة آلاف من السكان .

ثانياً : مجموعة صحية ، أو وحدة مجمعة ، تحتوى على قسم داخلى به عشرون سريراً ، لكل ٢٠ ألفاً من السكان .

ثالثاً : مستشفى مركزى يتراوح عدد الأسرة فيه بين ٦٠ ، ١٢٠ سريراً .

المستوى الأول : الوحدات الصحية الريفية :

أشرنا من قبل إلى أن هذه الوحدات قد جعلت الخدمات الصحية فى متناول الفلاح الذى يعمل فى أرضه ، بوجودها داخل القرية . ومن المفروض أن تقسم أوقات العمل فى الوحدات إلى فترتين : إحداهما صباحية والأخرى مسائية وبهذا يمكن للفلاح أن يؤدى عمله خلال يومه بالحقل ، ثم يتوجه إلى الوحدة ليعالج .

والوحدة الريفية بفضل وجود طبيب ، ومساعدات مولدات وملاحظ صحى ، ومساعد معمل ، تستطيع أن تقدم مستوى من الخدمات العلاجية والوقائية ، ورعاية الأمومة والطفولة ، لم يكن متوفراً فى جميع المشاريع السابقة .

ومع ذلك فهناك بعض الملاحظات التى يجب إبداؤها حتى يتضح أمامنا طريق المستقبل والخطوات التى يمكن اتخاذها لتحسين مستوى الخدمات التى تقدمها الوحدات الريفية . وتتعلق هذه الملاحظات بثلاثة جوانب رئيسية :

مشاكل المنتفعين بالخدمات الصحية الريفية .

مشاكل العاملين فى الوحدات الريفية .

مشاكل تخطيط الخدمات الصحية بالريف .

وهى فى الواقع مسائل مرتبطة ببعضها أوثق ارتباط تؤثر كل منها على الأخرى إلى أبعد حد .

إن الارتقاء بالخدمات التى تقدمها الوحدات الريفية يرتبط أساساً بمدى نجاحنا فى خلق الأطباء والعاملين المخلصين لعملهم المؤمنين برسالتهم فى خدمة الريف ، القادرين على أداء عملهم بكفاءة ، كما يرتبط بمدى استعدادنا لمكافأتهم على كل عمل طيب يؤدونه .

وفى هذا المجال لابد من الاعتراف بأنه ما زالت أمامنا جهود طويلة مضنية للنجاح فى هذه المهمة . فعلينا الآن أن ننتقل من التركيز على الإنشاء والتجهيز وتوفير الاحتياجات المختلفة إلى الاهتمام بمستوى الأداء لهذه الخدمات خصوصاً أن معدل الإنشاء لابد أن يتباطأ نتيجة لظروف التقشف الاقتصادى التى نمر بها .

مشكلة عدد المترددين

لقد وصل عدد الوحدات العاملة فى الريف إلى ١٦٠٠ تقريباً أى بمعدل وحدة عاملة لكل ١٠,٠٠٠ من السكان فإذا راعينا أن المشروع الأصلى بنى على أساس إيجاد وحدة لكل ٥٠٠٠ من سكان القرية يمكننا أن ندرك على الفور أحد الأسباب الرئيسية فى زحام المرضى الشديد الذى ما زال يمثل إحدى مشاكل الوحدات الريفية الأساسية .

ومع ذلك اضطرت الوزارة إلى تخفيض معدل الإنشاء واكتفت خلال السنتين ٦٤ / ٦٥ و ٦٥ / ٦٦ بإقامة ١٥٠ وحدة جديدة . كما أن خطة الإنجاز الممتدة من ٦٧ إلى سنة ١٩٧٠ لم تخصص سوى ٣٠٠ وحدة ريفية جديدة فى برامج الرعاية الصحية لسكان القرية وقد يخفض هذا العدد بعد ظروف العدوان الأخير .

إن عدد الوحدات الريفية ، فى السنين القادمة ، وخصوصاً مع الزيادة المضطردة والسريعة فى عدد السكان — سيبقى دون الاحتياجات الفعلية لسكان الريف . فقد وضعت الخطة على أساس عدد معين من السكان ، ولم يعمل حساب الارتفاع السريع الناتج عن معدلات المواليد المرتفعة وانخفاض نسبة الوفيات .

وهكذا لا يمكن أن نتوقع اختفاء الأعداد الهائلة من المترددين على الوحدات الريفية . إن عهود الحرمان الطويلة ، وانخفاض مستوى الوعى الصحى الاجتماعى ورغبة الفلاح الملحة فى أن يستفيد من كل ما يقدم إليه كلها عوامل، إلى جانب العامل الأساسى وهو انتشار المرض، تؤدى إلى زيادة عدد المترددين على الوحدات الريفية .

جدول رقم ٢٣

دراسة مقارنة بالسنين عن الخدمات الصحية فى الريف

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
الوحدات الصحية الريفية	—	—	١٠٧١ منها ٨٤٢ عاملة
المجموعات الصحية	٢٢٢	٢٥٦	٢٦٣
الوحدات المجمعة	—	٢١٣	٣٠٧
المراكز الاجتماعية	٦٧	١٠٥	١٠١
وحدات العلاج الشامل	—	١٤٩	تم تحويلها إلى وحدات ريفية ماعدا ٥٣
جملة عدد الوحدات بالريف	٢٨٩	٧٢٣	١٧٩٥ منها ١٥٦٦ عاملة

جدول رقم ٢٤

عدد المترددين على الوحدات بالريف

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
متوسط عدد من تخدمهم الوحدة	٥٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٠,٠٠٠
عدد الأسر بالريف	١,٨١٦	٦,٩١٣	٨,٠٠٠
جملة عدد من عولجوا بالوحدات	٩٧٥,٠٠٠	٥,٣٠٠,٠٠٠	٢٢,٠٠٠,٠٠٠

جدول رقم ٢٥

عدد الولادات التى تمت بمعرفة الوحدات

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
عدد الولادات التى تمت بمعرفة الوحدات	٥٧,٠٣٠	٨٤,٨٤٣	٢٦٥,٤٨٦
عدد الأطباء العاملين فى الوحدات	٢٢٢	٥٦٦	١,٨٧٩

ولا شك أن مشروع الوحدات الريفية ، كما تبين الجداول السابقة قد قدم خدمات صحية واسعة النطاق لسكان الريف . ولكن فى نفس الوقت لا يمكن أن ننكر أن العنصر الأساسى فى إقبال نسبة لا يستهان بها من الفلاحين وعائلاتهم على الوحدات هو أن جميع الخدمات من كشف وعلاج وأدوية تقدم لهم مجاناً ، وهى خدمات ذات مستوى عال نسبياً . فجميع الأدوية محضرة تحضيراً جيداً ، وبعضها أثمانها مرتفعة للغاية ، كما أن كل وحدة مزودة بطبيب وملاحظ صحى ، ومساعد معمل ، واثنتين من مساعدات الممرضات .

فإذا تذكرنا أن مصاريف تشغيل الوحدة تصل إلى ٢,٥٠٠ جنيه السنة ، أى أن مصاريف تشغيل ألف وحدة هى ٢,٥٠٠,٠٠٠ جنيه فى السنة ، يتضح

لنا أن هذا الإقبال الذى كثيراً ما يكون الدافع له مجرد الحصول على خدمة مجانية كافية وأدوية بلا مقابل ، يؤدى إلى ضياع مجهودات العاملين فى الوحدة ، وجزء هام من إمكانياتها دون نتائج ملموسة . كما يؤدى إلى حرمان المرضى الحقيقيين من ذلك القدر من الاهتمام الواجب ، حيث إن الطبيب لا يجد الوقت الكافى للكشف على المريض بالدقة المطلوبة، ويصاب بحالة من الزهق والإرهاق تجعله ينحرف إلى تيار اللامبالاة ، كما يؤدى إلى تعطيله عن القيام بواجبات أخرى متعلقة بالصحة الوقائية والتثقيف الصحى إلخ وهى أساسية إذا أردنا للوحدة الريفية أن تؤدى الدور المحدد لها بكفاءة ، لذلك أصبحت مسألة فرض رسم يساوى قرشين أو ثلاثة قروش مثلاً على كل مريض يتردد على الوحدات الريفية مسألة ملحة. والتهرب من هذه الضرورة يهدد مشروع الوحدات الريفية بالتدهور المستمر . وهذا الرسم يمكن أن يحد من تدفق الفلاحين على الوحدة سواء كانت هناك ضرورة لذلك أم لا . كما أنه يمثل مصدراً للدخل يمكن الاستعانة به فى تحسين وصيانة الوحدات ، التى أصبح جزء كبير منها فى حالة سيئة رغم أن حركة إنشاء الوحدات لم تبدأ سوى فى سنة ١٩٦١ .

إن عدد المترددين على الوحدات الريفية ٢٢[١] مليوناً . وإذا افترضنا أن هذا العدد سينخفض بنسبة الثلث بعد فرض الرسم المذكور ليصبح ١٤,٣٠٠,٠٠٠ يكون الدخل المحصل ٤٨٠,٠٠٠ جنيه تقريباً . وهكذا تنال كل وحدة عاملة فى الريف مبلغاً يساوى ٣٠٠ جنيه ، على أساس اعتبار عدد الوحدات العاملة ١٦٠٠ تقريباً . ويمكن الاحتفاظ بخمس هذا المبلغ لإجراء تحسينات فى الوحدة ، وصيانتها، تسليم الباقى للمناطق الطبية فى صندوق خاص لتدعيم الخدمات الصحية فى الريف عموماً . كما يمكن أيضاً استخدام هذا المبلغ فى تطبيق سياسة الحوافز المادية على العاملين فى الوحدات الريفية .

والجانب الآخر لهذه المشكلة التجاء عدد من أطباء الوحدات الريفية إلى

(١) يتردد نفس الشخص أكثر من مرة وهذا يفسر ارتفاع الرقم .

الكشف الخصوصى . مما أدى إلى إلغاء مجانية الخدمات الطبية فى كثير من الأحيان . خصوصاً إذا راعينا أن باقى العاملين فى الوحدات يشاركون بشكل أو آخر فى هذه العمليات . وأنها تقترن فى بعض الحالات ببيع الأدوية .

وقد أصبح من المحتم أن نواجه هذه المشكلة بروح الواقعية التى تساعد على تدعيم الخدمات الصحية فى الريف ووضعها على أسس سليمة .

إن مشروع الوحدات الريفية يتكلف سنوياً ما يقرب من ٢,٥٠٠,٠٠٠ جنيه كما رأينا ، وتمثل الأدوية مبلغاً وصل إلى ١,٣٠٠,٠٠٠ جنيه خلال سنة ٦٥ / ٦٦ مثلاً . كما تصرف ملايين الجنيهات فى إقامة الوحدات الريفية . هذا فضلاً عن الجهود البشرية المبذولة فى توفير الخدمات للفلاحين ، والأجهزة العديدة التى تعمل لخدمتهم . لذلك لابد من السعى لتحقيق أعلى كفاءة ممكنة لهذا المشروع ، والحيلولة دون ضياع جزء من أموال الشعب وجهود العاملين . فالمجانية فى العلاج ليست أسلوباً ثورياً فى كل الحالات ، وإنما يتوقف الأمر أولاً وقبل كل شىء على إمكانيات الدولة ، وعلى الأولوية فى تنفيذ المشاريع اللازمة للشعب ، وعلى النتائج المحققة عند التطبيق .

لذلك يجب إباحة الكشف الخصوصى واعتباره جزءاً من نظام العلاج الرسمى فى الريف . بذلك تنتقل الأشياء من الظلام إلى النور ، ويقضى على جزء من الأساليب الملتوية البعيدة عن الرقابة ، والتى تفسد الناس ، والمرضى ، والأطباء ، وجميع العاملين فى الخدمات الصحية بالريف على أن توضع نظم دقيقة للكشف مبنية على الأسس الآتية :

١ — يتم الكشف فى منزل المريض بزيارة منزلية .

٢ — يدفع الكشف بوصل فى الوحدة الريفية ويحتفظ أهل المريض بصورة منه . ويتراوح الكشف بين ٣٠ — ٥٠ قرشاً ، ويقسم مناصفة بين خزينة الوحدة وبين العاملين الذين توزع عليهم حصيلتهم بنسب معينة .

٣ — يدفع المريض نصف ثمن الدواء .

٤ – حتى لا تطغى حالات الكشف الخصوصى على العمل العادى لا يجوز للوحدة أن تتولى أكثر من عشر حالات كشف خصوصى فى اليوم الواحد . وهذه الحالات تسجل فى دفاتر الوحدة وتذاكرها ولها دفتر خاص يدون فيها العلاج والدواء الذى صرف وثمنه .

وهذا الأسلوب من شأنه أن يحقق الأغراض الآتية :

١ – تحقيق مصدر آخر للدخل يمكن الاستفادة منه فى تحسين الخدمات الصحية وصيانة منشآتها ، ويتراوح بين ٢٠٠,٣٠٠ جنيه فى الشهر ، مما يحقق دخلاً سنوياً من الوحدات الريفية العاملة يصل إلى مبلغ تتفاوت قيمته ما بين ٣٠٠,٠٠٠ – ٤٥٠,٠٠٠ جنيه ، بدلاً من أن تذهب هذه المبالغ إلى جيوب الأفراد ، فتفسدهم وتؤدى إلى تدهور فى مستوى الخدمات الصحية .

٢ – يمكن استخدام المبالغ المعطاة للعاملين كحافز للعمل يدفعهم إلى تحسين جهدهم ويشعرهم بأن مصلحتهم مرتبطة ارتباطاً مباشراً برفع مستوى الخدمة الصحية المقدمة لسكان القرية .

وبالنسبة للأدوية ، يجب التقليل من الأدوية المرتفعة الثمن ، والتى يستورد جزء كبير منها بعملات صعبة ، وتبسيط العبوات وتصغيرها حتى نوفر جزءاً من التكلفة ، أو الاعتماد على العبوات الكبيرة التى يمكن أن توزع فى أكياس أو علب داخل الوحدة ، واللجوء بشكل متزايد إلى الأشرطة ، بحيث يمكن التحكم فى كميات الأقراص المنصرفة . فالمرحلة التى نمر بها ، والصعوبات الاقتصادية التى نواجهها ، لا تتفق مع الإسراف فى هذه الجوانب .

وحتى يمكن التأكد من سلامة أى تعديل من التعديلات المقترحة يمكن تطبيقه على نطاق ضيق ، ثم تعميمه إذا ما ثبت أنه يحقق الغرض ويأتى بالنتائج التى نريدها .

العاملون فى الوحدات

أوضحنا من قبل ضرورة الانتقال إلى الاهتمام الجدى بتحسين مستوى الخدمات فى الريف ، مما يتطلب بذل الجهود المستمرة لرفع قدرات العاملين من الناحية الفكرية والاجتماعية والإدارية ، فضلاً عن الاهتمام بالحوافز التى اقترحناها من قبل .

وهذا يتطلب الاهتمام بعدة نواح فى المراحل المختلفة من حياة الطبيب ، وحياة العاملين فى الوحدات الصحية الريفية .

إن عمل طبيب القرية ذو طابع سياسى اجتماعى ، إلى جانب الجهود الصحية التى يبذلها. فعلا قاته الاجتماعية وجهوده الصحية تتأثر إلى درجة كبيرة بمقدار ثقة الناس فيه ، ومدى إخلاصه فى خدمة المواطنين ، وقدرته على تفهم عقلية الفلاحين ومشاكلهم .

وهذا يتطلب أن تهتم كليات الطب بتوفير الدراسات عن الريف ، ومشاكله الاقتصادية والاجتماعية ، وعاداته ونظمه ، وأن يعطى اهتمام خاص بمبادئ الإدارة ، والحسابات ، والإحصاء ، وأن تعمل دراسات خاصة عن أمراض الريف ، والأمراض المتوطنة ، والمشاكل السكانية ، والصحة العامة . وأن يقضى طالب الطب جزءاً من وقته فى المجموعات الصحية ، والوحدات المجمعة أو الريفية ، لا فى شكل زيارات خاطفة ، ولكن عن طريق الإقامة وعمل دراسات ميدانية . وأن يقضى الطبيب بعد التخرج فترة تدريب كطبيب مقيم لمدة سنة أو سنتين قبل الذهاب إلى الريف ، وأن يعطى اهتمام خاص للتدريب السياسى والاجتماعى لمدة ثلاثة أشهر قبل أن يتولى العمل فى الوحدات . ويستحسن أن تكون فترة التدريب هذه ميدانية بدلاً من ضياع جزء من الوقت (شهر ونصف) فى المحاضرات النظرية التى لا تجدى كثيراً ، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق توزيع الخريجين على المحافظات القريبة من الوزارة مثل الجيزة ، والقليوبية ، والغربية

بحيث يكون الأطباء تحت الإشراف المباشر لإدارة الصحة القروية فى الوزارة ، بالتعاون مع مديريات الصحة فى هذه المحافظات .

وحتى الآن ما زال العمل فى الريف ينظر إليه على أنه نوع من النفى ، أو على الأقل عمل يقل فى أهميته وفى مكانته الأدبية عن العمل فى المدينة . وهذه مسألة يجب معالجتها بأن تفتح أمام الطبيب أوسع فرص الدراسة التخصصية فى كل ما يتعلق بالريف . ويمكن أن يتحقق هذا الهدف عن طريق تخصيص عدد كاف من البعثات فى الصحة العامة ، والأمراض المتوطنة ، ودبلوم للممارس العام ، يتفرغ فيها طبيب الريف تماماً للدراسة، كما يجب تعميم نظام الدورات التدريبية فى المستشفيات الموجودة بعواصم المحافظات التى تتراوح مدتها بين ٣ ـ ٦ أشهر ، وتتكرر مرة كل ثلاث أو أربع سنوات على أن تقسم قوة الأطباء فى الريف على هذه الدورات بحيث ـ يتاح لكل منهم فرصة الاستفادة منها . وكذلك يمكن اعتبار كل مستشفى عام أو مركزى مسئولاً عن عدد من الوحدات الريفية التى يرتبط بها ، ويشرف عليها من الناحية الفنية ، ويساهم فى تدريب أفرادها ، وفى إعطائهم فرص التقدم المهنى والفنى .

أما بالنسبة للمساعدين الفنيين ، فيجب أن تستغرق مدة الدراسة الخاصة بهم ما لا يقل عن ستة أشهر لمساعدى المعمل والملاحظين الصحيين ، ويمكن دمج هذين الفئتين فى برنامج واحد . وكذلك من المفيد أن تكون مدة الدراسة بالنسبة لمساعدات المولدات ومساعدات الممرضات سنتين وأن توحد الدراسة الخاصة بهن ، وتصبح الحاصلة على هذه الدراسة زائرة صحية . ويوضع لجميع هذه الفئات كادر موحد وعادل لا يفرق بين الملاحظ الصحى ومساعد المعمل ولا بين مساعدة الممرضة ومساعدة المولدة .

تنظيم العمل فى الوحدات

يقوم طبيب القرية الذى يعمل فى الوحدة الريفية على خدمة ما لا يقل عن ١٠ آلاف مواطن ، يمثلون ٢٠٠٠ أسرة . وتدخل ضمن مهامه مكافحة الأمراض المعدية بالتعفير ، والتطعيم ، والتحصين ، ونشر الثقافة الصحية ، والوعى الصحى بين سكان القرية . وكذلك اكتشاف وفحص وعلاج الأمراض المتوطنة المنتشرة بين الناس ، وأهمها البلهارسيا والملاريا ، والدوسنتاريا والأرماد الحبيبية والصديدية . ثم توفير الرعاية الكاملة للأمومة والطفولة ، والإشراف على الولادات الطبيعية ، وتحويل الولادات المتعثرة إلى المستويات الأعلى فى التخصص .

ويقع على عاتقه أيضاً تأدية خدمات الصحة المدرسية للتلاميذ وقائياً وعلاجياً ، والعمل على إيجاد البيئة الصحية ، وتحسين المرافق ، وكذلك تحسين مستوى التغذية بين الناس ، كما يعتبر تنظيم الأسرة من أهم واجبات طبيب الوحدة الريفية .

ويترتب على تنويع هذه الأعمال وحجمها ، والتى لا يمكن أن يقوم بها شخص واحد بطريقة مرضية ، خصوصاً إذا وضعنا فى اعتبارنا كثرة عدد المرضى الذين يتوافدون على العيادات الخارجية ، مما يزيد كمية العمل إلى أضعاف القدر المحدد نظرياً للوحدة الريفية وهو خدمة ٥٠٠٠ من السكان ، نقول إنه يترتب على هذا الوضع أن طبيب القرية يهمل كافة المهام الموكولة إليه ، ولا يؤدى عملا واحداً من الأعمال التى أشرنا إليها بجدية رغم أهميتها القصوى ، وبالذات الجهود المتصلة بمحاولة القضاء على الأمراض المتوطنة ، أو تخفيض نسبة الإصابة بها . ويكتفى الطبيب أساساً بالتركيز على عمل العيادة الخارجية ، يوزع فيها الدواء بطريقة ميكانيكية .

إن أساس كل عمل وقائى ، وكل دراسة سليمة لأمراضنا ، وطريقة القضاء عليها يعتمد على الكشف الطبى الدورى الشامل والذى يعتمد بدوره على تجهيز

بطاقة صحية لكل مواطن يعيش القرية ، ويسجل فى هذه البطاقة جميع الأمراض التى تصيب المواطن ، والعلاج الذى حصل عليه ، كما يعاد الفحص الطبى الشامل عليه مرة كل سنة .

لذلك ينبغى أن يخصص للعمل فى كل قرية طبيبان ، أحدهما للأمراض المتوطنة والأرماد والصحة المدرسية ، ورعاية الأمومة والطفولة ، بينما يقوم الآخر بالأعمال الوقائية والعلاجية الأخرى على أن يتعاون الاثنان فى الأعمال الخاصة بصحة البيئة ، والتثقيف الصحى ، والتوعية عموماً ، وفى رفع مستوى الخدمة بالاشتراك مع العاملين الآخرين فى الوحدة .

وهذا أمر ممكن خصوصاً فى السنين القادمة التى ستشهد ، نتيجة للظروف الاقتصادية الصعبة التى نمر بها ، انكماشاً كبيراً فى بناء الوحدات الريفية ... بينما عدد الأطباء الذين يتخرجون يزداد باضطراد ، مما يوحى بأنه ابتداء من سنة ٦٧ / ٦٨ سيوجد فائض نسبى من الأطباء .

وهناك مشاكل أخرى متعلقة بتنظيم العمل فى الوحدات الريفية . ومنها مشكلة إجازات الأطباء التى أدى سوء تنظيمها إلى كثير من التذمر ، أو إلى نسبة تغيب عالية بين الأطباء الذين تفرض عليهم الأنظمة القائمة حالياً ضرورة التواجد ليل نهار فى الوحدة طوال أسبوعين ، مع التمتع بيوم ونصف إجازة مرتين فى الشهر . ويمكن إيجاد نظم أخرى أفضل بكثير تتفق مع مصلحة العمل وتراعى فى نفس الوقت متطلبات الحياة العادية . ومنها مثلاً أن يعتبر الطبيب فى نوبة عمل أثناء الليل كل ثانى يوم ، على أن يتعاون معه طبيب الوحدة المجاورة أو الطبيب الآخر بالوحدة إن وجد ، ويستمر الطبيب فى العمل طيلة أيام الشهر دون تغيب أو تأخير فى أى يوم من أيام الأسبوع ، على أن يمنح إجازة خمسة أيام مرة واحدة كل شهر .

كما يقترح أن يعطى للطبيب سلطات أوسع من تلك التى يتمتع بها حالياً ، مما يساعد على تدعيم قدراته الإدارية إزاء العاملين فى الوحدة . ومنها حق المجازاة فى

حدود خصم يومين ، حق إعطاء إجازات فى حدود أسبوع ، زيادة السلفة إلى عشرة جنيهات ، مع قصر دور مجلس القرية فى الحدود الإشرافية دون الحدود التنفيذية .

وفى مجال تنظيم العمل فى الوحدات الصحية الريفية ، من الواضح أنه لا يمكن تنفيذ سياسة فعالة فى مجال رعاية الأمومة والطفولة ، أو تنظيم الأسرة ، ما دام عدد كبير من الأمهات يلدن أطفالهن بواسطة الدايات ، وفى أماكن لا تتوفر فيها قواعد النظافة . لذلك ينبغى على قدر الإمكان أن تكون جميع الولادات فى القرى داخل غرفة الولادة التى تنشأ ملحقة بالوحدات الريفية ، ويجهز بكل منها أربعة أسرّة ، على أن تمكث الأم الوالدة فى هذه الدار لمدة أربعة أيام تحت رعاية صحية نظيفة ، قبل أن تعود إلى منزلها . وخلال هذه المدة تتلقى إرشادات مفيدة فى طريقة تربية ورعاية الطفل وتنظيم الأسرة .

وأخيراً فإن الهدف الأساسى الذى تريد وزارة الصحة تحقيقه من وراء مشروع الوحدات الريفية هو شن حملة صحية على المرض فى الريف ، وبالذات الأمراض المتوطنة التى تمثل الخطر الرئيسى على صحة الملايين . وهى ترى فى شبكة الخدمات الصحية التى تنشرها بالتدريج على نطاق الريف ، والمتمثلة فى الوحدات الصحية المختلفة ، المراكز التى ستنطلق منها هذه الحملة .

ومع ذلك لم تشرع هذه المراكز حتى الآن فى القيام بالمهمة التمهيدية التى لابد منها لشن حرب الإبادة على المرض ، ونقصد هنا مهمة إعداد بطاقة صحية لكل مريض ، وجميع الإحصاءات عن الأمراض المنتشرة فى الريف . والفحص الطبى الشامل لسكان القرى يعتبر ، كما ذكرنا ، الركن الأساسى فى جميع الإحصاءات السليمة والشاملة عن أمراض الريف ، كما يعتبر شرطاً لا غنى عنه لخوض معركة ناجحة ضد الأمراض المتوطنة .

ويرتبط موضوع الإحصاء بضرورة إعطاء الطبيب ، ومساعد المعمل ، والملاحظ الصحى نوعاً من الدراسة والتدريب فى المسائل الإحصائية حتى يكونوا

فرقة مدربة تستطيع أن تتعاون فى عمل مسح إحصائى للقرية ، أو القرى التى تدخل فى نطاق اختصاصهم .

تسلسل الخدمة ونظام التحويل والإشراف

أشرنا فى بداية هذا الفصل إلى أن الخدمات الصحية فى الريف تنقسم إلى مستويات ثلاث :

أولا : وحدة صحية ريفية لكل خمسة آلاف من السكان، وإن كان لا يوجد الآن سوى وحدة لكل ١٠ آلاف من السكان .

ثانياً : مجموعة صحية ريفية ،أو وحدة تحتوى على قسم داخلى به عشرون سريراً ، لكل ٢٠ ألفاً من السكان .

ثالثاً : مستشفى مركزى تتراوح عدد الأسرّة فيه بين ٦٠ و ١٢٠ سريراً .

ومن الواضح أنه من المفيد للغاية إيجاد نظام دقيق للتحويل من مستوى إلى مستوى ، حيث إن هذا النظام من شأنه ضمان أحسن استخدام ممكن للقوة الطبية المتوفرة ، وتسهيل الخدمات الصحية للمرضى ، كما أنه يساعد على إحكام الرقابة الصحية .

والواقع أنه رغم وجود إمكانيات لا بأس بها للسير قدماً فى عملية إرساء أسس لنظام تحويل المرضى فى الريف ، فإن المسألة ما زالت متروكة إلى حد كبير جداً دون أن يوضع لها أى تخطيط حتى الآن، للاستفادة من هذه الإمكانيات. وتوجه المرضى لمختلف الجهات ما زال متروكاً لرغباتهم الشخصية وإن كان عدد كبير منهم يتوجه فى المرحلة الأولى إلى الوحدات الريفية لقربها من القرى .

ومما يساعد على هذه الظاهرة هو عجز وزارة الصحة حتى الآن ، بسبب ضعف الإمكانيات المادية ، عن تغطية كل القرى بالوحدات الريفية ، وإهمال إحدى الأركان الأساسية للعمل الوقائى والعلاجى فى الريف ، رغم إمكانية تنفيذه ، وهو تعميم نظام البطاقة الصحية والفحص الصحى الدورى الذى من

شأنه أن ينظم عملية التحويل من مستوى إلى مستوى .

وفى نفس الوقت فلابد من أن تسعى وزارة الصحة جدياً لربط خدمة الوحدات الريفية بالمجموعات — الصحية والوحدات المجمعة ، وربط خدمة المجموعات الصحية والوحدات المجمعة بالمستشفيات المركزية والعمومية على أوسع نطاق ممكن . وذلك بأن تلزم المستشفيات والأطباء المسئولون فيها برعاية الوحدات المرتبطة بهم من النواحى الفنية والإدارية والتدريبية ، ومن ناحية تنظيم عملية تحويل المرضى . وذلك بالتعاون مع مديريات الصحة بالمحافظات .

ومن المفيد أن نشير هنا إلى بعض المسائل المتعلقة بالمستوى الثانى من الخدمات الصحية فى الريف وهو المستشفيات القروية والوحدات المجمعة والمجموعات الصحية ؛ أن المستشفيات القروية هى التى يفترض أنها تسمح بتحويل الحالات التى لا يمكن علاجها بعيادات الوحدات الريفية إلى القسم الداخلى فى المستشفيات القروية ، وفى نفس الوقت الذى تقوم فيه العيادات الخارجية فى المجموعات الصحية أو الوحدة المجمعة بدور الوحدة الريفية لخمسة آلاف من السكان .

وقد تم بناء ٣٠٧ وحدة مجمعة و ٢٦٤ مجموعة صحية حتى الآن ، وهكذا يوجد اليوم فى الريف ما يقرب من ٥٧١ مؤسسة صحية يمكن أن تحول إلى مستشفيات قروية ، ويقوم كل مستشفى بخدمة ٢٠ ألفاً من سكان الريف ، ويحتوى على عدد من الأسرّة يتراوح ما بين ١٠ و ٢٥ سريراً .

وقد عملت دراسة إحصائية أثبتت أن نسبة شغل أسرة القسم الداخلى فى الوحدات المجمعة ، والمجموعات الصحية ، لا يتعدى ٤٢ ٪ من إجمالى العدد ، وهو ٨٠٠٠ سرير . وهذا يعنى أن أكثر من نصف الأسرّة فى هذه المستشفيات القروية معطلة ، بينما نسبة الأسرة إلى عدد السكان منخفضة للغاية ولا تتعدى ٠٫٧ سرير لكل ألف من السكان ، وبينما يهدف التأمين الصحى فى المدن إلى توفير ٤ أسرة لكل ألف من السكان .

ويقضى نظام الخدمات الصحية فى الريف ، بتحويل القسم الداخلى فى

المجموعات الصحية ، والوحدات المجمعة إلى مستشفيات قروية لعلاج الحالات الجراحية الصغيرة ، وحالات الولادة العسرة ، وبعض حالات الأمراض الباطنية . وذلك بمعرفة طبيب قد أمضى مدة النيابة فى إحدى المستشفيات العامة ، وبمساعدة بعض الأخصائيين الزائرين من المستشفيات المركزية والعامة بالمحافظات.

وعيب هذا النظام أن تكاليفه عالية نظراً لصغر الوحدات التى ستضطر الوزارة إلى تجهيزها بمختلف لوازم المستشفى من أدوات غسل ، وكى ، وطبخ ، فضلاً عن تجهيزات حجرة العمليات. ولتوضيح الفارق فى نسبة التكاليف بين الوحدات العلاجية الكبيرة وبين المستشفيات القروية يكفى أن نعرف مثلاً أن الطبيب الواحد فى المستشفى القروى يشرف على ١٥ مريضاً فى المتوسط، بينما زميله فى المستشفى المركزى يقوم بالإشراف على علاج عدد من المرضى يتراوح ما بين الأربعين والخمسين . يضاف إلى ذلك أن تجهيز هذه المستشفيات القروية بالأدوات والأفراد، حتى يمكن أن تقدم الأقسام الداخلية خدمات صحية أكثر فاعلية، سيتطلب إعطاء اهتمام أكبر بالتغذية وبالتالى زيادة المبالغ المصروفة للتغذية .

ولكن رغم كل العيوب التى ذكرناها ، فإن توفير الخدمات الصحية لسكان الريف يتطلب الاستفادة إلى أقصى حد من المجموعات الصحية والوحدات التى أقيمت بالفعل ، على أن يستعاض عن هذا النظام فى المستقبل ببناء المستشفيات المركزية التى توفر مستوى أرقى من الخدمات الصحية المتعددة الجوانب بتكاليف أقل نسبياً .

ومن المسائل ذات الأثر الهام فى تسلسل الخدمات الصحية ، وضمان ارتفاع مستواها ، تلك المتعلقة بنظام الإشراف .

إن تزايد الوحدات قد جعل الإشراف عليها ، ورقابة سير العمل فيها ، أمراً مستعصياً إذا لم يعتمد على أجهزة الحكم المحلى ، وذلك بإنشاء فروع للمناطق الطبية فى المراكز ، حيث يستحيل للمنطقة الطبية نفسها أن تشرف على مئات الوحدات المتناثرة فى أرجاء المحافظة . وقد شرعت بعض المحافظات بالفعل مثل المنيا وبنى سويف والمنوفية فى تنفيذ هذا النظام ، الذى يعتمد على تخصيص

أطباء متفرغين ، من الذين عملوا فى مجال الصحة القروية ، تكون مهمتهم الإشراف على الوحدات الريفية المتضمنة فى نطاق مركز واحد ، ويكون مقرهم هو المركز نفسه .

وقد استعاضت بعض المحافظات ، مثل منطقة الجيزة عن هذا النظام بتعيين عدد من المساعدين القرويين ، يكون كل منهم مسئولا عن الوحدات الموجودة فى جزء معين من المحافظة ، ويختارون من الشبان النشطين ، بهدف إدخال دم جديد على الأجهزة الصحية المتجمدة التى ما زالت إحدى العقبات الهامة فى تطور الخدمات الصحية .

تخطيط الخدمات الصحية

الإنشاء : أشرنا من قبل إلى التكاليف الكبيرة المرتبطة بإقامة الوحدات الصحية الريفية ، كما أشرنا إلى أن معدل البناء لابد أن ينخفض كثيراً فى السنين القادمة ، نتيجة للظروف الاقتصادية التى تواجهها البلاد ، بينما معدل تخرج الأطباء ما زال فى صعود مستمر مما يبين أنه فى المستقبل سيوجد وفرة من الأطباء يقابله نقص فى الوحدات العلاجية التى يمكن أن يعملوا فيها وبالذات فى مجال الريف .

ولا يخفى على أحد أهمية وجود شبكة من الوحدات الصحية ، تستطيع أن تغطى جميع أنحاء الريف كأساس لشن حملة ناجحة على المرض .

وفى الظروف الجديدة التى نواجهها ، فإن السبيل إلى ذلك هو إلغاء إقامة مبان للوحدات . ويمكن أن يستأجر مكان لائق فى كل قرية لعمل الوحدة . . . أو تعمل الوحدة فى مبنى يقيمه الأهالى لهذا الغرض ، على أن يكون بسيطاً بشبه بيوتهم ، ومركزه وسط القرية ، ويعد للطبيب مسكن يشترط فيه الرحابة وألا يختلف فى الطبيعة عن مساكن القرية عموماً ، مع إدخال بعض تسهيلات المعيشة

العصرية . كما يكون من المفيد وجود حديقة فيها أشجار ومكان لزراعة بعض الخضراوات .

إن الاستغناء عن إقامة مبان خاصة للوحدات سيوفر للدولة ثلاثة أرباع مصاريف الإنشاء والصيانة .

التجميع

حسب التخطيط الذى وضع لمشروع الوحدات الريفية ، هناك قرى ستنشأ فيها أكثر من وحدة ريفية . فبرنامج الوحدات الصحية الريفية يقضى بإقامة وحدة ريفية لكل ٥٠٠٠ من السكان (٣٥٠٠ — ٧٠٠٠) سواء أكانوا فى قرية واحدة ، أو فى عدة قرى وعزب متجاورة . فإذا زاد عدد السكان عن ٧٠٠٠ شخص أنشئ بالقرية وحدتان صحيتان منفصلتان . وإذا تجاوز عدد سكان القرية الواحدة ١٣٠٠٠ أنشئ بها ثلاث وحدات ، وإذا تجاوز العدد ٢٠٠٠٠ أصبح عدد الوحدات الصحية المطلوبة أربعة .

وعند دراسة توزيع القرى حسب تعداد السكان يتضح أن عدد القرى التى ستنشأ فيها أكثر من وحدة صحية ريفية ليس ضئيلا . فهناك ٣٨٣ قرية مقرر لها وحدتان ، و ٣٣ قرية ثلاث وحدات و ١٠ قرى أربع وحدات .

وتفتيت الوحدات بهذا الشكل لا يتمشى مع التخطيط السليم ، الذى يجب أن يقوم على أساس التجميع كلما أمكن ذلك . فتجزئة الخدمات الصحية فى الريف جاء نتيجة حتمية لوجود التجمعات المبعثرة من السكان فى القرى . وحيث يتراوح عدد السكان بين ٧٠٠٠ و ١٣٠٠٠ مثلا ، بدلا من إقامة وحدتين ، يكون من الأفضل إدماجهما فى وحدة واحدة ، مع زيادة عدد الأطباء والعاملين فى الوحدة الكبيرة . وفى هذه الحالة ستكون طاقة الوحدة على الخدمة أكبر ، وسيرتفع مستواها ، نتيجة للتعاون بين عدد أكبر من الأفراد ، كما أن هذا الأسلوب يسمح بتوفير نسبة لا يستهان بها من مصاريف الإنشاء والتجهيز والإدارة .

توزيع الخدمات الصحية

ومن المبادئ الأساسية فى تخطيط الخدمات مراعاة العدالة فى التوزيع ولذلك فمن الضرورى دراسة جداول توزيع الوحدات الريفية بالنسبة إلى عدد السكان فى كل محافظة من المحافظات . وعند مناقشة البيانات الخاصة بهذا الجانب يجب ألا ننسى أن تعداد السكان الذى اتخذ كأساس هو تعداد سنة ١٩٦٠ الذى وصل إلى ٢٥,٨٠٠,٠٠٠ تقريباً بينما عدد السكان قد ارتفع الآن إلى أكثر من ٣٠ مليوناً .

ومع هذا فبدراسة الوضع على هذه الصورة يتضح أن :

جدول رقم ٢٦ بيان عن الوحدات العاملة بالقطاع الريفى حتى ديسمبر ١٩٦٦ ومعدلات الوحدات والأسرة بالنسبة لسكان القطاع الريفى

المحافظات	تعداد سكان الريف ١٩٦٦	مجموع الأسرة الريفية	معدل السكان لكل سرير	عدد الوحدات الصحية	معدل السكان لكل وحدة
القاهرة	—	—	—	—	—
الإسكندرية	—	—	—	٥	—
بور سعيد	—	—	—	—	—
الإسماعيلية	١٦٩٩٦٥	٣٨	٤٤٧٣	١٦	١٠٦٢٣
السويس	—	—	—	٦	—
دمياط	٣١٧٨٤٧	١٧٠	١٨٦٩	٣٢	٩٩٣٣
الدقهلية	١٨١٠٢٥٥	٧٦٣	٢٣٧٣	١٥٧	١١٥٣٠
الشرقية	١٧٣٦٣٢٣	٧١٧	٢٤٢١	١٢٢	١٤٢٣٢
القليوبية	٨٩٨٩٦١	٤٧٤	١٩٣٨	٧٤	١٢١٤٨
كفر الشيخ	٩٠٩٥١٦	٣٥٦	٢٥٥٤	٧٤	١٢٢٩٠
الغربية	١٢٩٣٧٧٠	٥٧٢	٢٢٦٢	٩٧	١٣٣٣٨
المنوفية	١٢٢٩٦٧٣	٦٥٦	١٨٧٤	٧٨	١٥٧٦٥
البحيرة	١٦٢٣٥٨٥	٥٠٤	٣٢٢١	١٤١	١١٥٢٢
الجيزة	١٠٠٠٢٣٣	٣٧٠	٢٧٠٤	٦٠	١٦٦٧٠
بنى سويف	٧٢٩٨٧٧	٤٠٩	١٧٨٢	٩٥	٧٦٨٣
الفيوم	٧٢٢٨٨١	٣٧٠	١٩٥٤	٧١	١٠١٨١
المنيا	١٣٦٤٠٩٣	٦٣٧	٢١٤١	١٣٥	١٠١٠٥
أسيوط	١٠٨١٢٣٤	٤٥٤	٢٣٨١	٧٨	١٣٨٦٢
سوهاج	١٣٤٨١٣٠	٥٧٦	٢٣٤٠	٩٦	١٤٠٤٣
قنا	١١٩١٥٣٦	٥٠٠	٢٣٨٣	٧١	١٦٧٨٢
أسوان	٣٣٩٣٢١	٢٨٥	١١٩٠	٦٦	٥١٤١
الوادى الجديد	١٢٨٤	—	—	١١	١١٧
مطروح	٣٩٨٨٨	—	—	١١	٣٦٢٦
البحر الأحمر	٦٨٤٦	٢٠	٣٤٢	٦	١١٤١
سيناء	٥٦٥٣٠	—	—	٦	٩٤٢١
الجملة	١٧٨٧١٧٤٨	٧٨٧١	٢٢٧١	١٥٠٨	١١٨٥١
				، ١٠٠ مركز اجتماعى	
				١٦٠٨	١١,١٠٠

وهكذا يتحتم علينا إعادة النظر فى خطة التوزيع بحيث يمكن إلغاء هذا التفاوت فى الخدمات المعطاة لسكان المحافظات المختلفة . ولا شك أن أجهزة الحكم المحلى فى المحافظات تستطيع الآن أن تقوم بدراسة وافية لعدد الوحدات فى علاقته بعدد السكان وأن يعدل التخطيط على أساس هذه الدراسات .

ومن المتوقع أن يستغرق تنفيذ مشروع الوحدات الصحية الريفية مدة طويلة فى التنفيذ .

ولذلك فإن منطق العدالة يقتضى البدء فى إنشاء هذه الوحدات فى المناطق التى تحتاج إليها أكثر من غيرها ، أى بمعنى آخر يتطلب الأمر وضع نظام الأولوية فى التنفيذ . فالمحافظات المتخلفة والنائية يجب أن تقام فيها الوحدات قبل غيرها نظراً لانخفاض مستوى الخدمات فيها .

وهذه المسألة لابد من علاجها عن طريق أجهزة التخطيط وسلطات التنفيذ المركزية . فالخطة السليمة تتطلب أن يكون مستوى التقدم فى جميع المحافظات متقارباً ، وألا تبقى الأوضاع القديمة التى تؤكد التفاوت بين المحافظات المختلفة .

خاتمة

إن استعراض الجهود التى بذلتها وزارة الصحة لتدعيم الخدمات الصحية بالريف يبين أن هناك تقدماً كبيراً أحرز بالذات فى مجال توسيع شبكات الخدمات والمنشآت اللازمة لعلاج المرضى فى الريف . وقد صرفت مبالغ كبيرة وصلت إلى ٥,٦٨٧٧٨٠ جنيهاً . وفى نفس الوقت زادت قدرة الخدمات الصحية بنسبة ٦٠٠ ٪ نتيجة لمشروع الوحدات الريفية . ولكن كفاءة هذه الخدمات أصبحت فى حاجة ماسة إلى عملية مراجعة شاملة حتى يمكن الارتفاع بمستواها ، وتحقيق الأغراض الأساسية التى من أجلها وضعت الخدمات الريفية فى مقدمة الخطة الصحية .

الفصل الثانى

الخدمات الصحية فى المدن

توجد جهات متعددة تقوم بتوفير الخدمات للمواطنين فى المدن . ويمكن تقسيم هذه الجهات إلى قسمين أساسيين .

١ ــ قسم حكومى أو قطاع عام وهو يشمل :

المستشفيات الجامعية ومستشفيات وزارة الصحة ، ومستشفيات أخرى تقدم خدمات مجانية .

التأمين الصحى .

المؤسسة العلاجية .

بعض نظم العلاج فى الشركات .

٢ ــ قطاع خاص وهو يشمل .

عيادات ومستوصفات خاصة .

مستشفيات خاصة .

ولقد تناولنا فى الفصول السابقة جزءاً هاماً من خدمات الطب العلاجى عندما تعرضنا للخدمات الصحية فى الريف ، وللكفاح ضد الدرن ، فإن جانباً أساسياً من المجهودات التى تبذل فى هذين المجالين ما زالت تتعلق بالنشاط العلاجى أكثر مما تتعلق بالخدمات الوقائية .

وبناء على ذلك فإن الخدمات العلاجية التى ستكون موضع هذا الفصل ، والفصول القادمة ، هى تلك المتعلقة بالمدن وبمستويات الخدمة المختلفة فيها ، وهى مستويات ينتفع بها سكان المدينة ، وفى نفس الوقت ، عديد من الحالات

التى تأتى مباشرة من الريف ، أو محولة من الوحدات الريفية والمستشفيات القروية التى تحدثنا عنها فى الفصل السابق .

معدلات الخدمة الصحية فى المدينة

إن الوضع الأمثل بالنسبة للمدينة هو صورة معدلة لما يوجد فى الريف تهدف إلى توفير مستويات متشابهة من الخدمة الصحية . فإذا كانت المستويات فى الريف هى الوحدة الريفية (مستوى الممارس العام) ثم المستشفى القروى ، ثم المستشفى المركزى أو العام ، تصبح المستويات فى المدينة هى (الممارس العام فى عيادته الخاصة) ، أو فى الشركة ، أو فى العيادة الخارجية التابعة للمستشفى ، سواء كانت هذه المستشفى تابعة لوزارة الصحة ، أو التأمين الصحى ، أو المؤسسة العلاجية . ثم تأتى بعد ذلك العيادات الشاملة فى الأحياء مثل التى أقامتها هيئة التأمين الصحى فى الإسكندرية وبعض مناطق القاهرة . وأخيراً يأتى المستوى الثالث وهو المستشفيات التابعة للجهات المختلفة التى ذكرناها .

الممارس العام أو طبيب الجماعة

وفيما يتعلق بمستوى الممارس العام فإذا كان المعدل الذى نهدف إليه فى الريف طبيباً لكل ٥٠٠٠ من السكان (الموجود حالياً كما رأينا هو طبيب لكل ١٠,٠٠٠) فإن النسبة التى نحتاج إليها فى المدينة هى طبيب لكل ١٣٠٠ من السكان على الأكثر . وهذه النسبة محققة فى بعض العواصم مثل القاهرة ، والإسكندرية ، وبورسعيد ، والمنصورة ، وعدد آخر من عواصم المحافظات نظراً لتمركز العيادات الخاصة فيها ولكنها لم تتحقق بعد فى كثير من المدن الأخرى .

وما زال الاعتماد على نشاط الأطباء فى عياداتهم الخاصة يشكل إحدى المشاكل الهامة التى تواجهها الخدمات الطبية فى بلادنا . وهذا الوضع لابد أن يستمر لفترة طويلة إلى أن تعم خدمات التأمين الصحى كافة أرجاء القطر . ومع

ذلك فإن نشاط الأطباء فى عياداتهم يمكن تنظيمه بطريقة أفضل مما هو الحال الآن . خصوصاً وأنه لم تتم مجهودات جادة فى هذا السبيل خوفاً من إثارة الأطباء الذين يشكلون فئة ذات نفوذ واسع ومتشعب فى المجتمع . ولكن الوضع الحالى الذى يتسم بكثير من الفوضى ، والتصرفات المهنية والمالية الخاطئة ، يحتاج إلى تنظيم لصالح المرضى من ناحية ، ولصالح مستقبل المهنة من ناحية أخرى ، حيث إن استمرار الوضع القائم يضر بها أبلغ الضرر .

(ا) العيادات الشاملة

يعتمد نظام العيادات الشاملة على توفير خدمات مجموعة من الأخصائيين فى فروع الطب الأساسية مثل الأمراض الباطنية ، جراحة ، رمد ، أنف وأذن ، وأحياناً أسنان وأمراض نساء وولادة ، مضافاً إليها خدمات معملية كافية وأجهزة أشعة . وهذا النظام مطبق فى الإسكندرية حيث توجد إحدى عشرة عيادة شاملة تابعة لهيئة التأمين الصحى . وطبقاً للمعدلات التى تهدف إلى تحقيقها ؛ فمن المفروض أن تؤسس عيادة شاملة لكل ٢٠,٠٠٠ من السكان عندما يشمل التأمين الصحى قطاعات السكان الذى تقرر أن تنتفع بهذه الخدمات . وسنتاول العيادات الشاملة بالتفصيل عند التعرض للتأمين الصحى .

(ب) المستشفيات العامة

كانت المستشفيات العامة بعيدة كل البعد عن توفير العلاج السليم للمواطنين.

كان يوجد سنة ١٩٥٨ / ١٩٥٩ .

١٧٠٨٦ سريراً للأمراض العامة .
٢٤٨٧ سريراً للأمراض الصدرية .
٢٠١٠ أسرة للأمراض المتوطنة .
٧٠١٢ سرير بالمجموعات الصحية والوحدات المجمعة .
٢٤٠٠ سرير بالمستشفيات الخاصة وقسم طبي الأوقاف .

المجموع ٢٥٠١٦ ومن هذه الأسرة ٣٠ ٪ بالقاهرة وحدها .

وإذا افترضنا أن العلاج الحكومى المجانى يقوم على خدمة ٩٠ ٪ من المواطنين ، فيعنى ذلك أنه فى سنة ١٩٥٩ لم يكن هناك سوى سرير واحد لكل ١٠٠٠ من السكان بينما النسبة الموجودة فى بعض البلدان المتقدمة تزيد عن ذلك بكثير ، وهى حسب إحصائيات سنة ١٩٦٥

الاتحاد السوفييتى ١٠ أسرة لكل ١٠٠٠ من السكان .

كندا ٨,٥ أسرة لكل ١٠٠٠ من السكان .

الولايات المتحدة ٥,٤ أسرة لكل ١٠٠٠ من السكان .

يوغوسلافيا ٢,٦ سرير لكل ١٠٠٠ من السكان .

وإذا اعتبرنا أن وجود ٣ أسرة لكل ١٠٠٠ من السكان نسبة معقولة ، وأن الحكومة مسئولة عن علاج ٩٠ ٪ من السكان ، فإن المطلوب لتغطية الخدمات العلاجية فى سنة ١٩٥٩ كان ٦٧,٧٠٠ سريرلم يكن موجوداً منها سوى ٢٥٠١٦ سريراً بعجز قدره ٤٢,٦٨٦ سريراً .

لقد كان معدل إقامة المستشفيات العامة شديد البطء خلال السنين السابقة على الثورة . ففى الفترة الممتدة من ١٩٥٢ إلى ١٩٥٩ زادت المستشفيات العامة من ٩٠ إلى ١٠٤ وارتفع عدد الأسرة من ٥٨٤٢ إلى ٧١٨٦ فقط ،ورغم ذلك زادت الأعباء عليها بسبب انتشار الوعى بين المواطنين وإقبالهم على العلاج داخل المستشفيات .

وكان هناك وضع أكثر خطورة وهو خلو ٣١ مركزاً إدارياً كبيراً يبلغ مجموع سكانها حوالى ٤,٠٠٠,٠٠٠ مواطن من وجود مستشفيات مركزية لها ، وبقاء عدد من المستشفيات العامة ، مضى على بنائها أكثر من خمسين سنة ، ولم تعد تصلح فى قليل أو كثير للغرض الذى أقيمت من أجله .

وإذا أردنا أن نتبين مدى النقص الذى كانت تعانى منه البلاد سنة ١٩٥٩ فى أسرة المستشفيات من مختلف الأنواع يمكننا الرجوع إلى الجدول التالى :

جدول رقم ٢٧

النوع	عدد الأسرة اللازم وجودها	عدد الأسرة الموجودة فعلا	النقص
عمومى	(٣ لكل ١٠٠٠) ٦٧,٧٠٠	٢٥,٠٠٠	٤٢,٠٠٠
صدرى	(١ لكل ١٠٠٠ مريض) ٢٥,٠٠٠	٨,٠٠٠	١٧,٠٠٠
حميات	(١ لكل ١٠٠٠ مريض) ٨,٣٠٠	٤٤١٧	٣٨٨٣
جزام	(١ لكل ١٠,٠٠٠ مريض) ١٨,٠٠٠	١٥٠٠	١٦٥٠٠
عقلية	(١ لكل ٥٠,٠٠٠ مريض) ٢٥,٠٠٠	٣,٥٠٠	٢١,٥٠٠

(مجموع الأسرة العمومى يتضمن أسرة المستشفيات العامة ، والعيون ، والمتوطنة ، والمجموعات الصحية والوحدات المجمعة والمستشفيات الجامعية وقسم طبى الأوقاف) . وقد حددت هذه النسب على أساس تعداد السكان التقديرى لسنة ١٩٥٩ وهو ٢٥ مليوناً .

الخطة الخمسية الأولى ونسبة الأسرة

وبناء على هذا الوضع أعد مشروع السنوات الخمس على أساس زيادة عدد الأسرة إلى ٤١,٠٠٠ فى عام ١٩٦٥ واضعاً فى الاعتبار أن عدد السكان سيصل إلى ٢٩,٠٠٠,٠٠٠ تقريباً ، وكان الهدف إذن الوصول خلال الخمس السنوات إلى نسبة ١,٤ سرير لكل ألف من السكان .

وكان المشروع يهدف أساساً إلى إنشاء مستشفيات مركزية فى المراكز الحالية بما فيها الحدود ، وبدلا من المستشفيات القديمة . وكذلك إنشاء مستشفيات عامة بدلا من المستشفيات القديمة التى بنى الكثير منها منذ نصف قرن ، أو توسيع المستشفيات بإضافة أجنحة جديدة .

وقد بدئ فى تنفيذ مشروع الخطة المعتمد ابتداء من السنة المالية ٦٠ / ٦١ ، ولكن أثناء السنة الثانية للخطة حدثت تحولات سياسية جذرية ، وصدرت قوانين يوليو سنة ١٩٦١ .

وكان لابد أن يترتب على ذلك تغييرات أساسية فى اتجاهات الخطة الخمسية الأولى عموماً . وقد ارتفعت الاستثمارات المخصصة للخدمات العلاجية من ٤,٤٢٤,٣٠٠ جنيه فى المشروع المعتمد إلى ١٠,٧٢١,١٩٦ جنيهاً فى الخطة المنفذة ، وذلك نتيجة لإقامة المستشفيات العامة بالقاهرة وعواصم المحافظات ، وكذلك زيادة عدد المستشفيات المركزية من ٢٧ مستشفى سعة ٤٠ سريراً إلى ٣٩ مستشفى سعة ٦٠ سريراً ، والتوسع فى المستشفيات القائمة .

جدول رقم ٢٨

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
عدد المستشفيات العامة بالمراكز والعواصم	٩٠	١٢٥	١٧٠
عدد الأسرة	٦١٠٠	٧٢٠٠	١٢٧٥٦
عدد مراكز نقل الدم	٦	٢١	٤٠
عدد وحدات الأسنان	٨٠	٢٥٠	٥٠٠
عدد وحدات الأشعة	٥٠	٢٥٠	٣١١

المصدر : بيان الوزير أمام مجلس الأمة مايو سنة ١٩٦٧ .

وقد نتج عن تنفيذ جزء كبير من هذا المشروع تغيير الصورة على النحو التالى :

بيان عدد الأسرة العامة بالجمهورية العربية المتحدة فى أول يناير سنة ١٩٦٧ :

جدول رقم ٢٩

البيان	الأسرة العامة	
وزارة الصحة	٢٧٢٦٨	الجملة ٤٥٩٢١
الجامعات	٥٩٥٧	النسبة ١,٥ لكل ألف من السكان
هيئات حكومية أخرى	٣١٥٢	
قطاع عام	٥٧٦٨	
قطاع خاص	٣٧٧٦	

الأسرة العامة لوزارة الصحة تشمل أسرة المستشفيات العامة والمركزية ووحدات القطاع الريفى .

أسرة الهيئات الحكومية الأخرى تشمل السكة الحديد والسجون .

أسرة القطاع العام تشمل التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية .

بيان عدد الأسرة المتخصصة بالجمهورية العربية المتحدة أول يناير سنة ١٩٦٧ .

بيان عدد الأسرة المتخصصة بالجمهورية العربية المتحدة أول يناير سنة ١٩٦٧ :

جدول رقم ٣٠

البيان	عدد الأسرة	
صدرية	٩٤٦٦	الجملة ٢٤٩٦٧
عقلية	٤٣٤٥	النسبة ٨, لكل ألف من السكان
حميات	٦٢٩٨	
رمد	٢٩٥٩	جملة الأسرة العامة والمتخصصة ٧٠٨٨٨

التوزيع الجغرافى

وإذا دققنا قليلا فى نسبة توزيع الأسرة على المحافظات المختلفة سنجد أنها تتراوح بالنسبة للأسرة العامة من ٣,٣ للألف فى الإسكندرية لتنخفض إلى ٩, للألف من السكان فى عديد من المحافظات مثل الشرقية ، والقليوبية ، وسوهاج ، وقنا . وبينما تصل إلى ٢,٨ للألف فى بورسعيد و ٢,٤ للألف فى القاهرة و ٢,٧ فى الجيزة تنخفض إلى ٦, فى محافظات الحدود وإلى ١,١ أو ١,٢ للألف فى أغلب المحافظات المتبقية . ونفس الظاهرة موجودة بالنسبة إلى الأسرة

المتخصصة التى تصل إلى ٣,٣ للألف فى القليوبية و ٢,١ للألف فى بورسعيد لتنخفض إلى ٣, للألف فى المنوفية وقنا .

وهذه الظاهرة ملفتة للنظر ولها أهمية خاصة فى تخطيط الخدمات الصحية وستتناولها بالدراسة عند التعرض لتقييم الخطة الخمسية الأولى ، ولكن يمكننا أن نقول منذ الآن إن وجود هذا التفاوت فى عدد الأسرة دلالة جديدة على التباين فى مستوى الخدمات الصحية بين المحافظات المختلفة ، وعلى أن هذا الوضع لم يراع فى الخطة الخمسية الأولى إلا فى حدود ضيقة مما يعرقل الاتجاه نحو توفير قدر أكبر من الفرص المتساوية فى العلاج ، وإن كان من المفروغ منه أولوية المناطق الصناعية الجديدة فى التخطيط الصحى (أسوان مثلا) .

التطورات النوعية

إذا أردنا أن نبين بشكل سريع أثر هذا التوسع على العلاج يمكننا تسجيل بعض الأرقام الخاصة بالعلاج .

جدول رقم ٣١

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦
العمليات الكبرى	٢١,٠٢٨	٨٤,٠١٨	١٤٧,٨٥٠
العمليات الصغرى	١٢٣,٦٨٨	١٤٥,٩٥١	٢١٥,٩٨٦
جملة المعالجين فى المستشفيات العامة	٥,٦٥٠,٠٠٠	٧,٥٥١,٠٠٠	٩,٥٠٠,٠٠٠
جملة المعالجين فى المدن والعواصم	١٣,٦٣٠,٠٠٠	١٧,٩٨١,٠٠٠	٢٦,٠٠٠,٠٠٠

وقد ساعد التوسع فى إنشاء الوحدات الريفية على امتصاص عدد كبير من المعالجين بالمستشفيات ، وتخفيض الضغط الواقع عليها .

وتميزت الخطة الخمسية الأولى ، إلى جانب التوسع فى عدد الأسرة وإقامة المستشفيات العامة والمركزية[1] بتطويرات أخرى كان لها أهميتها .

١ – زيادة حجم المستشفيات العامة والمركزية بحيث يمكنها جمع التخصصات المختلفة ، وتوفير البحوث المعملية والأشعة تمشياً مع الاتجاهات الحديثة التى تتجه نحو العلاج الشامل على أساس ترابط الأمراض، وسهولة التحويل للمريض من أخصائى إلى أخصائى ، وتخفيض التكاليف بزيادة حجم المستشفى . والواقع أن زمن إقامة المستشفيات المتخصصة قد انقضى إلا فى بعض الحالات الاستثنائية . ويجب تشجيع الآراء التى تطالب بتكوين أقسام لأمراض الصدر ، والأمراض النفسية ، والحميات إلخ . . فى نفس المستشفى ، إلى جانب التخصصات الأخرى .

٢ – إن زيادة الحجم يسمح أيضاً برفع مستوى الخدمات عن طريق توفير التجهيزات الحديثة ، والأدوية ، ووسائل التشخيص المعملية ، وأجهزة الأشعة ، واستكمال المرافق ، واستخدام المغاسل والمطابخ الآلية إلخ . . .

٣ – التوسع فى إنشاء أقسام تخصصية جديدة بالمستشفيات العامة فى العيادات الخارجية ، أو فى الأقسام الداخلية لعلاج مرض السكر ، وأمراض القلب والغدد الصماء ، والعلاج الطبيعى ، وكذلك إنشاء مستشفيات تخصصية جديدة مثل :

(ا) شلل الأطفال .

(ب) مستشفى جراحة الصدر والقلب بإمبابة .

(ج) وحدة جراحة السرطان بطنطا .

(د) قسم جراحة السرطان بمستشفى أم المصريين .

(هـ) مستشفى أمراض الغدد الصماء بفم الخليج .

(و) العيادات النفسية .

(ز) أقسام العلاج الطبيعى .

---

(١) زاد عدد المستشفيات العامة والمركزية من ١٢٥ سنة ١٩٦٠ إلى ١٥٥ سنة ١٩٦٦ .

٤ — السعى لتوفير الفئات الفنية المختلفة ، وإنشاء مدارس ومعاهد صحية وسنتعرض لهذا الموضوع بالتفصيل عند دراسة مسألة تدريب الأفراد ومستوى عملهم فى المنشآت الصحية المختلفة (انظر جدول رقم ٣٢) .

جدول رقم ٣٢

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٦	الزيادةالمئوية
إجمالى عدد أطباء المستشفيات	٦٠٠	١٣٠٠	١٨٠٠	٪٣٠٠
عدد الأخصائيين	١٥٠	٤٥٥	٩٠٠	٪٦٠٠
عدد الصيادلة	١٠٠	٢٣٨	٥٨٦	٪٥٨٦
عدد أفراد هيئة التمريض	٨٨٠	٢٨٥٠	٣٨٨٧	٪٤٤٠
عدد مدارس الممرضات	٢	٢	٩	٪٤٥٠
عدد الممرضات		٢٥٠	٧٩٥	
عدد مدارس مساعدات الممرضات	٥	١٢	٢١	٪٤٢٠
عدد مساعدات الممرضات		٢٦٠٠	٣٤٠٠	
عدد المساعدين الفنيين معمل وأشعة	٢٢٠	٢٥٠	٣٧٦	٪١٧٠
عدد مشرفات التغذية	—	—	٨٠	
باحث اجتماعى		٥١	٥١٤	

٥ — تعيين مشرفات للتغذية بالمستشفيات من خريجات المعهد العالى للتدبير المنزلى للإشراف على سلامة الأغذية وعملية طهيها . وكذلك تعيين عدد كبير من الباحثات والباحثين الاجتماعيين من خريجى مدارس الخدمة الاجتماعية ، وأقسام الخدمة الاجتماعية بالجامعات ، وإنشاء مجالس الخدمة الاجتماعية بالمستشفيات .

٦ — إدخال نظام مجالس الإدارات فى بعض المستشفيات كمحاولة لإشراك الشعب فى إدارة المنشآت الصحية تمشياً مع فكرة تطبيق الديمقراطية فى مجال الخدمات الصحية ، وكوسيلة لتأكيد أسلوب الاستقلال الذاتى ، وتحمل المسئولية

من قبل الإدارة المحلية ، وهى نقطة لابد من مناقشتها بالتفصيل ، عند التعرض لوسائل إصلاح الخدمات الصحية .

٧ — إدخال نظام العلاج بأجر والذى يدخل أيضاً فى باب الإصلاحات التى تهدف إلى رفع مستوى الخدمات الطبية وسنفرد له صفحات تتعرض لتفاصيل التطبيق ، عندما يحين الوقت للحديث عن المؤسسة العلاجية ومستشفياتها .

٨ — خدمات الرعاية الطبية المنزلية ، والخدمة الاجتماعية ، والتأهيل الطبي فى علاج الأمراض المزمنة .

٩ — تدعيم الخدمة المعملية والتشخيصية حيث زيد عدد المعامل من ٥٧ معملا سنة ١٩٦٠ إلى ٢٠١ معمل سنة ١٩٦٥ ، وعدد وحدات الأشعة من ٢٥٠ فى سنة ١٩٦٠ إلى ٣١١ سنة ١٩٦٦ .

١٠ — زيادة اعتمادات الأدوية من ١,٤ مليون جنيه سنة ١٩٦٠ إلى ٣,٤ ملايين سنة ١٩٦٥ .

عيوب يمكن إصلاحها

وهذا هو ملخص سريع لأهم التطورات التى طرأت على الخدمة الطبية فى المدن ، وبالذات فيما يتعلق بالمستشفيات ومع ذلك فإن التقدم الذى أحرزته هذه الخدمات فى مستوى الخدمة ما زال بطيئاً للغاية وما زالت هناك عيوب كثيرة تحتاج إلى إصلاح .

أولا : يلاحظ فى خطة بناء المستشفيات عدم استنادها بالقدر الكافى إلى دراسة موضوعية لمستلزمات التطور الاجتماعى فلم يراع فيها التوسع الصناعى الذى يحدث بسرعة فى بعض المناطق والمدن . كما لم يراع فيها التوزيع السليم بحيث يقضى على التفاوت فى مستوى الخدمات الصحية الموجودة بين المحافظات وتتضح هذه الحقيقة من نسب الأسرة المتباينة لكل ألف من السكان فى هذه المحافظات ، وإن كان القضاء على هذه الظاهرة يحتاج إلى أكثر من خطة خمسية واحدة .

ثانياً : لم يعط اهتمام كاف لمقتضيات التنمية التى تتطلب توفير أكبر قدر ممكن من المال فى عمليات الإنشاء وعدم المبالغة فى الترف والكماليات والنواحى المظهرية . ويلاحظ التكاليف المرتفعة لإقامة المستشفيات (تكلفة السرير وصل إلى ٢٥٠٠ جنيه) خصوصاً مع الوضع الاستغلالى الذى ما زال قائماً فى قطاع المقاولات ، وكذلك التوسع فى بناء المستشفيات دون النظر إلى الإمكانيات الفعلية ، مما أدى فيما بعد إلى توقف عديد من المشاريع وارتفاع تكاليفها مع مرور الوقت ، وقد ترتب على هذا الوضع ارتباك كبير فى ميزانيات الاستثمارات الخاصة بوزارة الصحة وعجزها عن استيفاء مستلزمات الخطة .

ثالثاً : ضرورة إيجاد شركات أو خبراء متخصصين فى بناء وتجهيز المستشفيات لتفادى كثير من الأخطاء والارتباكات التى تنجم عن عدم وجود الأجهزة المتخصصة اللازمة ، وكذلك لصيانة المبانى وأجهزتها فيما بعد .

رابعاً : ضرورة الارتفاع بمستوى تدريب الأفراد ، وتحسين مستويات الأداء بالذات فى التمريض ، حيث إن الخدمة فى المستشفيات ما زال مستواها منخفضاً . وضرورة توسيع نطاق الإشراف الشعبى عن طريق تعميم وتدعيم مجالس الإدارات وتطبيق قدر متزايد من الاستقلال الذاتى .

إن التنظيم الإدارى الحالى يحتاج إلى قدر كبير من التبسيط مع الاعتماد على رفع مستوى العاملين عن طريق سياسة الحوافز ، والإشراك فى الإدارة ، وعن طريق الاهتمام بالتدريب والتوعية ، قبل التخرج وبعده ، لأفراد هيئة التمريض والمساعدين الفنيين ، مع إيجاد التشجيع المادى اللازم . كذلك من المهم للغاية إرسال عدد متزايد من البعثات فى إدارة المستشفيات ، حيث إن الارتفاع بالمستوى العلمى فى هذا المجال من شأنه أن يؤثر تأثيراً كبيراً على الخدمات الطبية التى تقدمها المستشفيات .

خامساً : إقامة نوع من التخصص الجغرافى للمستشفيات ، بمعنى أن تخصص المستشفى لعلاج السكان فى منطقة محدودة ، وعمل نظام أكثر دقة

للتحويل على مستشفيات العواصم عموماً و بالذات القاهرة والإسكندرية ، بحيث يمكن إيقاف سيل المرضى الذين يترددون على هذه المستشفيات دون أن تحتاج حالتهم إلى نوع من العناية لا يتوفر فى المستشفيات التابعة لمحافظاتهم . ومن شأن مثل هذا النظام أن يساعد على رفع مستوى الخدمة فى العيادات الخارجية والأقسام الداخلية للمستشفيات الكبيرة ، وعلى الأخص المستشفيات الجامعية ، وأن يخلق نوع من الارتباط بين السكان فى منطقة معينة وبين المستشفى التى تخدمهم . ومثل هذا الارتباط لابد وأن يؤدى على المدى الطويل إلى تشديد الرقابة الشعبية ورفع مستوى الخدمة .

سادساً : لابد من إقرار سياسة واقعية وشاملة لنظام تفرغ الأطباء سواء للأعمال الإدارية أو الفنية للمستشفيات حتى يمكن الوصول إلى أفضل الكوادر فى وظائف المديرين والاستفادة من خدمات الأخصائيين وعلى الأخص الشبان النابهين .

سابعاً : فيما يتعلق بالخدمة الطبية فى المدن التى ما زالت نهباً لعيوب القطاع الخاص المتمثل فى العيادات فإن الحل النهائى والحاسم يتمثل فى تعميم التأمين الصحى والذى سنتعرض إليه فيما بعد . ولكن منذ الآن يمكن بذل جهود أكبر فى إنشاء عيادات بالمستشفيات المركزية التى لم تزود بها بعد ، وكذلك إنشاء العيادات الشاملة ، والعيادات المجمعة (التى يعمل فيها عدد من الممارسين العامين) ، وكذلك إقرار النظم الكفيلة بتنظيم العيادات ، وهى مسائل تحتاج إلى قدر من العناية ، ويمكنها أن تلعب دوراً مهماً فى تخفيف الضغط على العيادات الخارجية والأقسام الداخلية فى المستشفيات وتخفيض تكلفة العلاج .

بيانات إحصائية عن تزايد أعداد المترددين على المستشفيات

جدول رقم ٣٣

البيان	١٩٥٢	١٩٦٠	١٩٦٥
عدد المستشفيات العامة بعواصم المحافظات والمراكز	٦٠	١٢٥	١٧٠
عدد الأسرة	٢١٠٠٠	٨٢٠٠٠	١٢٠٠٠٠
عدد المترددين بالعيادات الخارجية	٥,٠٠٠,٠٠٠	٧,٨٢٥,٥٠٠	٩,١٠٥,٠٠٠
عدد الذين أدخلوا للعلاج	١٤٠,٠٠٠	٢٩٩,٤٠٠	٣٧١,٠٠٠
عدد العمليات الكبرى	٤١,٨٥٠	٨٤,٠٠١	١٤١,٥٠٠
عدد العمليات الصغرى	١٢٣,٧٠	١٤٤,٦٠٠	٢٥٦,١٠٠
عدد أفلام الأشعة التى استعملت	—	٧٥,٧٠٠	٣٠٦,٥٠٠

المصدر : بيان وزير الصحة أمام مجلس الأمة مايو سنة ١٩٦٧م .

ثامناً : ما زال أسلوب التخطيط المتبع حتى الآن ارتجالياً ، يعتمد على عوامل كثيرة لا صلة لها بالاحتياجات الحقيقية وإنما تتعلق بعوامل شخصية أو الرغبة فى تحقيق مشروعات لها رنين إلخ . . . وما زالت تعوزه الدراسة العلمية التى تحترم نظاماً صارماً للأولويات والاحتياجات الفعلية . ومثال ذلك المبالغ التى صرفت على معهد شلل الأطفال (أكثر من ٨٠٠,٠٠٠ جنيه) بينما هذا المرض يقاوم الآن بالوقاية عن طريق الأمصال الحديثة المعطاة بالفم ، فأصبح السلاح الفعال هو تطعيم الأطفال على نطاق واسع . وكذلك معهد السرطان الذى أعطيت له مكانة مرموقة فى المشاريع الصحية ، بينما لا يوجد فى بلادنا حتى الآن معهد مدعم ومجهز للبلهارسيا وهى آفة البلاد الأولى والأساسية .

تاسعاً : لا يوجد نظام شامل للإحصاء ، والتسجيل ، ومتابعة الحالات ، وحفظ بطاقات صحية دقيقة لكل مريض ، وهى جميعاً مسائل هامة فى متابعة

الأمراض ، ورفع مستوى العلاج ، وبناء الأسس لإقامة سياسة وقائية سليمة . كما لا توجد معدلات للأداء يمكن على أساسها إجراء تقييم دقيق للخدمات التى تقدمها المستشفيات .

عاشراً : قلة عدد الأطباء فى بعض فروع التخصص مثل البنج والأشعة ، نتيجة لسياسة التخصص التى ما زالت تتحكم فيها عوامل المصلحة الشخصية أكثر مما تسايرها اعتبارات التخطيط والمصلحة العامة ، ونتيجة ضعف الحوافز المقدمة للأطباء فى بعض الفروع .

وفى النهاية إذا أردنا تقييم الخدمات التى تقوم بها مستشفيات وزارة الصحة سنجد أنفسنا أمام مشكلة صعبة ، وهى عدم تحديد معدلات الأداء فى قطاع الخدمات العلاجية . ولذلك من المتعذر إجراء تقييم دقيق للعمل فى المستشفيات .

ومع ذلك فيمكننا أن نعدد بطريقة سريعة نواحى التقدم وعوامل القصور التى توجد فى هذا المجال . ومما لا شك فيه أن الخدمة فى المستشفيات قد تحسنت إلى حد ما عن ذى قبل ، وذلك نتيجة لعدة عوامل هى زيادة الرقابة فى تطبيق نظام الإدارة المحلية ، وارتفاع الوعى الصحى بين الجماهير وحرصها على حقوقها المكتسبة ، وارتفاع المستوى الفنى والعلمى للقائمين بالعمل ، وزيادة عدد الأطباء الأخصائيين بصفة عامة ، وعدد القائمين بالخدمة عموماً فى المستشفيات . وكذلك زيادة الإمكانيات العلاجية من حيث الأجهزة ، والمعدات ، والأدوات ، والأدوية المتوفرة .

ولكن ما زالت هناك مشاكل رئيسية تحتاج إلى حل .

١ ــ المشكلات الإنسانية

وهى تتلخص فى ضعف الشعور الإنسانى لدى القائمين بالخدمة من أطباء ، وفنيين ، وإداريين ، وهو شعور أساسى فى خدمات المستشفيات ، وضعف الشعور بالواجب وبالمسئولية ، وهى فى الواقع عيوب عامة . وعلاج هذه المشاكل

يبدأ من كليات الطب بالقدوة الحسنة التى هى أساساً مسئولية هيئة التدريس العاملة فى كليات الطب ، وفى المستشفيات الجامعية ، وعن طريق المنظمات المهنية التى تعمق ممارسة الأطباء ، وجميع العاملين فى الصحة ، الآداب وقيم المهن الطبية ، وتحثهم على السلوك الإنسانى مع المرضى ، وعلى زيادة شعورهم بالواجب ، وكذلك بالاعتماد على رفع مستوى وعى المواطنين بصفة عامة وزيادة شعورهم بالواجب نحو مجتمعهم ، وهذه من وظائف الاتحاد الاشتراكى ومنظماته المختلفة .

٢ ــ مشاكل إدارية وتنظيمية

ما زلنا نعتبر إدارة المستشفيات وظيفة وليست مهنة ، أى أنها وظيفة يحصل عليها الطبيب إذا وصل إلى مستوى وظيفى معين ، بينما تعتبر جميع البلاد المنظمة من حيث خدماتها الصحية ، إدارة المستشفيات مهنة كمهنة الطب والمحاماة والصحافة والتمريض ، لها كليات ومعاهد وتقوم على أسس وقواعد تدرس فى هذه المعاهد والكليات ، وهذا لا ينفى أهمية الخبرة ، ولكن هذه الخبرة تكون أولا فى إدارة المستشفيات ، لا فى الطب نفسه ، وتكون ثانياً مرتبطة بالعلم .

وفى الجمهورية العربية برنامج دراسى لإدارة المستشفيات فى المعهد العالى للصحة العامة أنشئ فى سنة ١٩٥٩ ولم يبدأ فى تنفيذه إلا فى سنة ١٩٦٢ . وهو برنامج يحتاج إلى كثير من التدعيم فلا يوجد سوى مدرس واحد وباقى الأساتذة ينتدبون من الخارج . ولم تفكر وزارة الصحة فى الاستعانة به لتخريج مديرين مؤهلين لإدارة مستشفياتها ، إلا فى حالات نادرة للغاية . فعدد الخريجين سبعة عشر منهم أربعة فقط من الوزارة . والأمر يحتاج إلى تدعيم هذا البرنامج ، وإلى إنشاء برنامج آخر فى القاهرة ، كما يحتاج إلى اهتمام وزارة الصحة والهيئات الطبية الأخرى بالاستفادة من هذه الدراسات ، وإرسال البعثات إلى الخارج بأعداد كافية لسد احتياجاتنا من المديرين المؤهلين سواء فى الوزارة (مستشفيات وزارة الصحة) أو التأمين الصحى ، أو المؤسسات العلاجية .

وتوجد برامج دراسية لإعداد مساعدين إداريين بالمستشفيات فى المعهد الصحى للقاهرة ، ولكن مستوى الدارسين والدراسة فى هذا المعهد منخفض ، إذ يختار الدارسون من أقل مستويات الناجحين فى الثانوية العامة ، ويختار المدرسون من قدامى العاملين فى الوحدات الطبية من ذوى الخبرة ، نظراً لعدم وجود مدرسين مؤهلين يمكن أن يجمعوا بين التدريب العلمى والخبرة العملية .

وإذا لم تهتم الدولة بتخريج جيل جديد من الإداريين المؤهلين ، فإن التقدم فى إدارة المستشفيات ، رغم ما يبذل من جهود ، سوف يكون بطيئاً .

إن الخطوة التى خطتها وزارة الصحة باتباع أسلوب اللامركزية فى إدارة المستشفيات خطوة هامة ولكنها تجعل المستشفيات فى حاجة أكثر من ذى قبل ، إلى العناصر الإدارية المؤهلة والخبيرة .

وفى هذا المجال فإن تفرغ مدير المستشفى الذى يبلغ عدد أسرته ١٠٠ فأكثر ضرورى لأن حجم العمل الإدارى كبير ويحتاج إلى وقت وجهد . ولكن يجوز بصفة مؤقتة أن يكون هذا التفرغ جغرافيًّا فى المستشفيات التى تقل أسرتها عن ١٥٠ وتزيد عن ١٠٠ سرير ، ومع ذلك فإن التفرغ الكامل ضرورى فى المستشفيات التى تحوى عدداً أكبر من الأسرة .

ومن النواحى التى تحتاج إلى اهتمام مدى فعالية الربط بين مستويات الخدمة التى تقدمها المستشفيات فى القرية ، والمركز ، وعاصمة المحافظة ، والمستشفى الجامعى والذى ما زال ضعيفاً ونظريًّا ، ويحتاج إلى جهود أكبر من الدولة . لقد آن الأوان لكى نبحث بجدية مسألة التخصص الجغرافى للمستشفيات ، وتطبيق نظام محكم لتحويل الحالات عبر مستويات الخدمة المختلفة ، بحيث لا يترك الموضوع لأهواء الأفراد من المرضى والأطباء ، وإنما تتحكم فيه نظم يخضع لها ويحترمها الجميع . إن سوء نظام التحويل هو أحد أسباب انخفاض مستوى الخدمات ، لأنه يؤدى إلى الفوضى فى العلاج ، ويشغل جزءاً كبيراً من أرقى الخبرات وأحسن الإمكانيات بالحالات التى تستطيع خدمة الممارس العادى ،

والعيادة العادية أن تتكفل بها . كما يؤدى إلى سوء توزيع العمل ، بحيث توجد قوة طبية عاملة قليلة مكبلة بأعباء تفوق طاقتها ، وقوة أخرى غير مستغلة بالقدر الكافى .

إن العيادات الخارجية تمثل عنصراً من أهم عناصر خدمات المستشفيات ، وهى فى أغلب مستشفياتنا صغيرة الحجم ، قليلة التجهيز ، ولا تلقى العناية الكافية من الأخصائيين حتى تقوم برسالتها على الوجه الأكمل ، وتخفف العبء على القسم الداخلى وتخفض التكاليف .

٣ ــ الأفراد العاملون فى المستشفيات

العلم يتقدم باستمرار ، وفرص الشفاء تزيد لو أمكن الاستفادة من التقدم فى المجال الطبى . ولن يتم ذلك إلا بزيادة الاهتمام المكرس لإعداد الأخصائيين وزيادة عددهم . وكذلك الاهتمام بالبرامج التدريبية للأطباء ، والممرضات والفنيين والإداريين قبل الالتحاق بالخدمة ، وأثناء الخدمة وبطريقة دورية منتظمة .

٤ ــ المشكلات المالية وهى مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بظروفنا الاقتصادية ، ومهام المعركة ضد الاستعمار وإسرائيل وما تتطلبه من تضحيات مالية .

والخدمات العلاجية ذات المستوى العالى غالية الثمن ، عالية التكاليف ، وقلة الإنفاق تنعكس على الدواء ، والغذاء ، والنظافة ، والخدمات الطبية فى غرف العمليات والمعامل وأقسام الأشعة ، وأقسام التشخيص الأخرى ، وتنعكس أيضاً على عدد الممرضات ومستواهم الفنى ، وعدد العاملين ومستواهم الثقافى .

والمبلغ الذى ينفق على السرير حالياً يتراوح بين ١٠٠ و ١٣٠ قرشاً فى اليوم .

ولكن مهما كانت المصاعب المالية ، فإن مستوى الخدمة العلاجية يتوقف إلى درجة كبيرة على حسن التخطيط والتنظيم ، وعلى مدى قيام العاملين بواجباتهم إزاء المرضى والمواطنين عموماً . والقول بأنه يستحيل إحداث تغيير جذرى فى مستواها

قول يتنافى مع ما شهدناه فى بعض البلدان الاشتراكية النامية التى حققت الكثير بموارد قليلة نسبيًّا . ومع عدم إنكار الدور الذى تلعبه الإمكانيات المادية ، فإن التحجج بضعف الموارد ، كثيراً ما يخفى التهرب من إجراء الإصلاحات التى تتوقف على الناس ، وعلى جهودهم ، أكثر مما تتوقف على الاعتمادات المالية .

الفصل الثامن

المستشفيات الجامعية

إننا نريد على قدر الإمكان ، فى سياق هذه الدراسة ، أن نتعرض للمشاكل الواقعية ، ووسائل التغلب عليها . وقد اخترنا فى إطار التعرض للخدمة فى المستشفيات أن نتناول المستشفيات الجامعية فى فصل خاص . وذلك لسببين : السبب الأول تقديم دراسة تفصيلية للوضع داخل المستشفيات باختيار مجال معين ، وإن كان هذا المجال يختلف نوعاً ما عن باقى المستشفيات التابعة لوزارة الصحة أو المؤسسة العلاجية ، إلا أن الخطوط العامة والمشاكل ، متشابهة إلى حد كبير . والسبب الثانى أن المستشفيات الجامعية بالذات قد خضعت لعديد من الدراسات وتنوولت بالمناقشة على نطاق واسع فى الصحافة ، وفى مجلس الأمة ، وفى اجتماعات العاملين فى كليات الطب وفى المستشفيات نفسها . كما صدرت عدة تقارير ومذكرات حول الوضع القائم ، ووسائل إصلاحه ، وكل هذا يسمح بأن يكون هذا الفصل مفيداً فى دراستنا عن المستشفيات والخدمة المقدمة عن طريق العيادات الخارجية والأقسام الداخلية .

١ — دور المستشفيات الجامعية

تؤدى المستشفيات الجامعية رسالة هامة فى ميدان الخدمات الطبية يمكن تلخيصها فيما يلى :

١ — إعداد الأجيال القادمة من الأطباء الذين سيتحملون عبء الرعاية الطبية فى جميع المرافق الصحية ، سواء كان ذلك فى مستشفيات وزارة الصحة ، أو الخدمات الطبية للقوات المسلحة ، أو المؤسسات العلاجية ، أو المعامل ، أو فى

الوحدات الريفية على نطاق البلاد كلها ، أو فى المستشفيات الجامعية نفسها ، ولا يقتصر ذلك على الجمهورية العربية المتحدة ، بل يتعداها إلى البلاد العربية ، والبلاد الإفريقية والآسيوية .

وإلى جانب إعداد الطبيب الممارس ، تتولى المستشفيات الجامعية إعداد الطبيب الأخصائى ، كما يتخرج منها أعضاء هيئة التمريض بكافة مستوياتها ، وتتكون فيها الفئات المساعدة الأخرى فى المعامل والأشعة .

إن ذلك كله يستدعى أن تكون المستشفيات الجامعية هى النموذج للدعاية الطبية الذى تشب عليه الأجيال ، وتتخذه قدوة لها فى مستقبل عملها .

٢ — توفير الخدمات الطبية على أعلى مستوى يقف على قدم المساواة مع ما تقدمه المستشفيات الجامعية فى البلاد المتقدمة ، سواء كان ذلك فى الخدمة ، أو التمريض ، أو الدواء ، أو العلاج فى جميع فروع الطب وتخصصاته ، مع القدرة على التطور المستمر الذى يستدعيه التقدم السريع فى النواحى الطبية .

وفى الوقت الحالى يقع على كاهل المستشفيات الجامعية عبء توفير الخدمات الطبية لعدد كبير من المواطنين يزيد عن طاقتها ، وسيستمر هذا الوضع فى السنين القادمة ، إلى أن يتوفر عدد من مراكز الخدمات الطبية ، يستطيع أن يمتص هذا الفائض من المرضى الذى تتولى المستشفيات الجامعية رعايتهم . والعاملون بها يدركون مسئولياتهم فى القيام بها ولا سيما أن أسرتهما تمثل ٥٠ ٪ من الأسرة العلاجية المتوفرة بمدينة القاهرة .

٣ — القيام بالبحث العلمى على أسس سليمة فى مجالات الطب المختلفة ، فالمستشفيات الجامعية هى المكان الطبيعى للقيام بالبحث العلمى السليم ، وتوفر مستلزمات البحث العلمى ، والظروف المواتية لازدهاره يساعد على مجابهة المشاكل الطبية سواء على مستوى المريض الفرد ، أو على مستوى الجماعات السكانية أو على نطاق الوطن كله .

٤ — تمثل المستشفيات الجامعية نسبة عالية من الأسرة يصل إلى ٥٩٥٧ حسب إحصاء يناير ١٩٦٧ .

هذه الوظائف الهامة للمستشفيات الجامعية ترتبط ببعضها ارتباطاً وثيقاً . فارتفاع مستوى العلاج ضرورة أساسية للتدريس السليم والعلاج على أسس علمية فعالة .

وحتى يمكن تحقيق رسالة المستشفيات الجامعية يجب :

١ — أن تتمتع الإدارة بقدر كبير من حرية التصرف وذلك بتشكيل هيئة عامة لها استقلال ذاتى .

٢ — استغلال الإمكانيات الموحدة حالياً إلى أقصى حد .

٣ — تعزيز ميزانية المستشفيات على هيئة :

(ا) ميزانية إنقاذ لاستكمال نواحى النقص ، والإهمال ، وعدم الصيانة المترتبة على ركود السنين الماضية .

(ب) ميزانية للمهمات والإنشاءات الجديدة : إعادة بناء القصر العينى القديم ، عيادة خارجية وصيدلية لمستشفى الأطفال ، إعداد وتجهيز مستشفى للطوارئ ، ومنازل للأطباء والممرضات .

(ج) وضع ميزانية سنوية للمستشفيات الجامعية تقدر حسب تكاليف السرير الواحد ، مع إعطاء الحرية للهيئة للتصرف فى أبواب الميزانية .

ولقد نفذت إصلاحات بالفعل ، وما زالت هناك إصلاحات أخرى تنتظر دورها فى التنفيذ . ولا شك أن كفاءة المستشفى ، وكفاءة أسرتها سوف ترتفع وتزداد كلما زادت سرعة تداول المرضى ، وبذلك يمكن أن تمتد الخدمة إلى قطاعات جديدة مثل التأمين الصحى مما يساعد على رفع مستوى العلاج عموماً .

١ ــ التنظيم الإدارى

صدر القرار الجمهورى رقم ٣٣٠٠ فى سبتمبر سنة ١٩٦٥ ، ثم أعدت اللوائح الثلاث (اللائحة التنفيذية ، والمالية ، والعاملين) وتم عرضها على مجلس الإدارة فى جلساته المعتادة خلال الفترة من ديسمبر إلى أبريل سنة ١٩٦٦ .

وبذلك تمت المرحلة الأولى فى التنظيم الإدارى وإن كانت بعض المسائل قد أجلت نتيجة لانشغال مجلس الإدارة بمهام عاجلة مثل منحة المليون دولار ، ومسألة العلاج بأجر ، مستشفى للطوارئ ، وحدة الذرة إلخ ، وقد بدأت مرحلة التطبيق العملى بالفعل منذ سنة تقريباً .

إن قرار إنشاء هيئة عامة ومجلس إدارة للمستشفيات الجامعية ، يحقق لها استقلالا ذاتيًّا ومرونة فى التصرف هو نموذج لما يجب أن يطبق فى المستشفيات عموماً ، وهو النظام الذى صدرت به قرارات جمهورية أخرى تتعلق بمستشفيات المؤسسة العلاجية .

إن تنفيذ هذا النظام يذلل إحدى العقبات الهامة التى كانت تعترض طريق التقدم ، فسلامة التنظيم الإدارى للمستشفيات الجامعية هو أحد الأركان الهامة للإصلاح .

والتنظيم الجديد للمستشفيات الجامعية قد تم على النحو التالى :

رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة هو عميد كلية الطب .

مجلس إدارة الهيئة وهو مشكل كالآتى :

عميد كلية الطب رئيس .

مدير عام المستشفيات الجامعية .

خمسة من أعضاء هيئة التدريس .

عضوان من العاملين أحدهما من هيئة التمريض .

مندوب عن الاتحاد الاشتراكى .

اثنان من المهتمين بشئون العلاج أحدهما من وزارة الصحة .

وهكذا تحقق التمثيل الديموقراطى لجميع العاملين وإن كان من الملاحظ أن تمثيل المنتفعين ضعيف وأن هيئة التدريس تشكل أغلبية مطلقة من الناحية العملية (عميد الكلية) والمدير ، وخمسة من (هيئة التدريس) .

ومهمة مجلس الإدارة تتلخص فى :

تخطيط السياسة العلاجية .

مساعدة كلية الطب على تنفيذ سياستها التعليمية .

مراقبة سير العمل من الناحية الإدارية والفنية .

وضع الميزانية والتصرف فى أبوابها وبنودها .

مدير عام المستشفيات الجامعية

وهو يستمد سلطته من مجلس الإدارة ، ويختار من بين أعضاء هيئة التدريس بالأقسام الإكلينيكية ، وكان من المفروض أن يتفرغ لمهام منصبه ، ولكن رغم أهمية التفرغ فالمدير الحالى ما زال غير متفرغ .

مدير المستشفيات التابعة للهيئة

يكون لكل مستشفى من المستشفيات الجامعية مدير مسئول عن إدارتها وله سلطات المدير العام فى المستشفى الذى يديره ، وتساعده فى مهمته لجنة إدارية مشكلة بطريقة مشابهة لمجلس إدارة الهيئة يمثل فيها رؤساء الوحدات الإكلينيكية وعضو من الأطباء المقيمين والامتياز ، ورئيسة هيئة التمريض ، ورئيس الصيدلية ، وعضوان من العاملين بالمستشفى .

يضاف إلى كل ما سبق أنه نظراً لضخامة مستشفى المنيل الجامعى بالذات ، فقد قسمت إلى ثلاث وحدات لكل منها مدير ، كما أصبحت العيادة الخارجية أيضاً وحدة مستقلة يرأسها مدير مسئول .

ورئيس القسم أو الوحدة له حق الإشراف الفنى والإدارى الكامل ، وهكذا نجد أن المسئولية الإدارية أضيفت إلى أعضاء هيئة التدريس بجانب أعبائهم التعليمية . وقد تم انتداب المدير العام وثلاثة مديرين للمستشفى ، ومدير العيادات الخارجية من بين أعضاء هيئة التدريس . ولانستطيع الحكم الآن على نتائج هذا الأسلوب وإن كان يثير بعض التساؤل حول كيفية الجمع بين الأعباء المتباينة للتدريس والإدارة مع التغاضى عن فكرة التفرغ رغم أهميتها . فيا ترى ما الذى قاد إلى هذا الحل ؟ وهل هو مصلحة أعضاء هيئة التدريس الذين يريدون أن تبقى السلطة الإدارية بين أيديهم دون المساس بأعمالهم الأخرى عن طريق اشتراط التفرغ ؟

٢ ـ العيادات الخارجية

إن وظيفة العيادة الخارجية ليست مقصورة على اختيار بعض الحالات للعلاج داخل المستشفى ، وإنما هى مركز هام للخدمة الطبية ، ويتضح ذلك إذا علمنا أن عدد المترددين على العيادة الخارجية وصل إلى ٧٥٧,٩٢١ مواطن سنة ٦٦ /٦٧ منهم ٣١٧,٣٥٧ متردداً ، و ٤٤٠,٥٦٤ مستجداً عدا مستشفى الأطفال الذى يصل عدد الأطفال المترددين على العيادة الخارجية فيه إلى ٧٥,١٠١ فى نفس السنة ، و ٣٤٢,٠٢٩ مستجداً . هذا بينما يصل عدد مرضى القسم الداخلى إلى ٣٦٩٤٧ فى مستشفى المنيل ، و ٥٥٣٦ فى القصر العينى ، ثم ٥٤٧٧ فى مستشفى الأطفال .

ولعل أكبر تغيير فى مستشفيات جامعة القاهرة هو ما حدث فى العيادة الخارجية ، إذ لا شك أنها كانت ، شأنها شأن أغلب العيادات الخارجية فى المستشفيات مثار شكوى كبيرة حين كانت المسئولية غير محدودة ، ولم يكن يحضر بعضها إلا عضو واحد بهيئة التدريس ، مع أعداد المرضى الكبيرة التى تقصد المستشفيات ، لا من القاهرة وحدها ، بل من مختلف الجمهورية .

ولكن طبقاً للتنظيم الجديد يقوم الأساتذة وأعضاء هيئة التدريس بالمسئولية الأولى تجاه المرضى . وإلى جانب ذلك تم تنفيذ ما يلى :

١ — عمل العيادة الخارجية بشكل متصل من الساعة الثامنة صباحاً إلى الرابعة مساء .

٢ — إيجاد أمكنة لراحة المرضى وتجنبهم مشقة الانتظار الطويل ، بزيادة عدد العاملين فى قطع التذاكر وصرف الدواء .

٣ — تحسين الدواء الذى يصرف فى العيادة الخارجية وإيجاد أدوية لم تكن تصرف من قبل .

٤ — إدخال خدمات الأشعة والخدمات المعملية فى العيادة الخارجية مما يرفع من دقة التشخيص إلى درجة كبيرة ويوفر الوقت الطويل الذى كان يقضيه المريض فى الأقسام الداخلية لإجراء الفحوص اللازمة . وهذا يسمح بزيادة كفاءة استخدام الأسرة التى كان يحتلها المريض الواحد لمدة تصل إلى ١٩ يوماً فى المتوسط . كما أنه يسمح باختيار المريض الذى يحتاج إلى علاج داخلى على أسس مدروسة حيث إن الفحوص المعملية والأشعة تساعد على التشخيص السليم .

على أن العامل الأساسى فى قصور العيادة الخارجية ما زال حتى الآن العدد الكبير من المرضى ، إذ يبلغ من يحضرونها يومياً ٣٩٠٠ بين جدد ومترددين . وقد درس إمكان تحديد هذا العدد ، ويقترح أن يقبل جميع الذين يقصدون المستشفيات لخدمات متخصصة متوفرة بها ، أما المحتاجون لخدمات عادية فيكون ذلك بتنظيم خاص على أسس جغرافية كما سبق أن ذكرنا . وما زال هذا الموضوع قيد البحث منذ مدة مع وزارة الصحة التى تبدو مترددة فى الإقدام عليه خوفاً من المشاكل التنظيمية المتعلقة به ، وصعوبة إقناع الجمهور فى بلادنا بالخضوع لنظام دقيق فى المراحل الأولى على الأقل ، وخوفاً من أن يضار المريض بشكل أو بآخر .

وقد تم وضع مشروع جديد لتنظيم علاج المواطنين بالمستشفيات الجامعية والتنسيق بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الجامعية . ويتضمن المشروع تنظيم التردد على المستشفيات المنتشرة فى أنحاء الجمهورية بحيث لا يسمح للمريض بعرض نفسه على مستشفى العاصمة قبل اجتياز مراحل العلاج بمستشفيات الأقاليم ، وبحيث لا تقبل المستشفيات الجامعية إلا الحالات المحولة إليها من المستشفيات الأخرى التى تستدعى حالتها رعاية خاصة من أعضاء هيئة التدريس .

وكشفت الدراسات التى تم إعدادها أن أكثر من مليون وربع مليون مواطن يترددون على المستشفيات الجامعية للعلاج سنوياً . . أغلبهم من النازحين من الأقاليم .

كما أوضحت أن أغلب هذه الحالات كان يمكن علاجها فى المستشفيات المحلية حتى تتفرغ مستشفيات الجامعات لعلاج الحالات غير العادية التى تحتاج إلى رعاية خاصة من أعضاء هيئات التدريس بكليات الطب .

وتوضح الأرقام أن مستشفى الدمرداش الجامعى ، ويضم ٥٠٠ سرير ، قد استقبل فى العام الماضى ١٣,٣٩٦ مريضاً عولجوا داخلياً إلى جانب ١١٣,٣١٦ مريضاً من المترددين على العيادة الخارجية بالإضافة إلى حالات الاستقبال التى بلغ عددها ٦٥٠١٧٤ مريضاً .

وبالنسبة لمستشفى الأطفال وأمراض النساء الذى يضم ٢٤٢ سريراً بلغت الحالات التى عولجت داخلياً ٦٦٨٩٩ حالة إلى جانب ١٤٣١٧١ من المترددين بالعيادة الخارجية .

وقد أعلن مجلس إدارة المستشفيات مشروعاً لتنظيم العلاج يتضمن المطالبة بضرورة تنظيم التردد على المستشفيات بمحافظة القاهرة بحيث تختص كل مستشفى بمنطقة سكنية معينة .

واقترح إعداد بطاقة صحية لكل مواطن ترصد فيها حالاته المرضية منذ

ولادته ، ويتم عن طريقها تحويله من مستوى إلى آخر من مستويات المستشفيات تبعاً لما يقتضيه تطور حالته الصحية .

والواقع هو أن حصول المريض على الرعاية والعناية اللازمة يستلزم حلا حاسماً لهذه المشكلة .

وفى داخل العيادة الخارجية نفسها هناك بعض النقاط التى ما زالت فى احتياج إلى دراسة واهتمام لتنفيذها بطريقة سليمة وهى :

١ — تنظيم تحويل المرضى بين العيادات الخارجية المختلفة مما يجنبهم المشقة وضياع الوقت . والاقتراح هو مثلا أن تخصص الفترة من ١١ — ١ بعد الظهر للحالات المحولة من العيادتين (٩ — ١١ صباحاً و ٢ — ٤ بعد الظهر) ومن المستشفيات العامة لمقابلة الأخصائيين ، كما يمكن عمل عيادات مشتركة فى هذه الفترة .

٢ — الأخذ بنظام قوائم الانتظار بالنسبة للمرضى المحولين للعلاج الداخلى والالتزام بهذه القوائم .

٣ — وضع نظام خاص للحالات المترددة ، والغيار اليومى ، والحالات التى تستدعى متابعة خاصة كالسكر والأمراض التناسلية والروماتيزم والسل .

٤ — القيام ببعض العمليات الصغرى إذا توفرت النظافة والتعقيم فى العيادة الخارجية ، حيث يمكن عمل الحالات البسيطة ، كما يمكن توفير عشرة أسرة للحالات التى تحتاج إلى مخدر عام ، ولكنها تستطيع مغادرة المستشفى فى خلال ٢٤ ساعة على أن تكون تحت إشراف الطبيب المعالج .

٣ — الاستقبال ومستشفى الطوارئ ؟

يمثل الاستقبال مركزاً حساساً فى أى مستشفى لمسئوليته عن الحالات العاجلة التى تحتاج إلى العمل السريع الدقيق . ويجب إذن ألا يكون مجرد مركز للتحويل إلى الأقسام ، وإنما مكاناً للتشخيص والعلاج السريع وهذا يتطلب :

١ ـ تدعيم الإمكانيات الموجودة بحيث يمكن عمل الأبحاث السريعة اللازمة من أشعات وفحوص معملية ، وكذلك إمكانيات العلاج السريع مثل مركز لنقل الدم ، وأماكن مخصصة للإقامة والملاحظة والإسعاف .

٢ ـ زيادة الإمكانيات العلاجية من أدوية ومهمات وآلات .

٣ ـ رفع مستوى الخدمة بتعيين أطباء ممن أتموا فترة النيابة بأقسام الجراحة العامة والأمراض الباطنية العامة يتناوبون العمل ليلاً ونهاراً .

٤ ـ توفير الإمكانيات لعمل جراحات بسيطة عاجلة ، وتدعيم حجرة العمليات الموجودة حالياً .

يضاف إلى ذلك ضرورة تنفيذ مشروع مستشفى الطوارئ على أن توجد فيه الوحدات التالية :

* قسم لعلاج الصدمة والإقامة .
* قسم لحوادث العظام .
* قسم لعلاج ورعاية الحروق .

٤ ـ التغذية

كمية الغذاء

يلاحظ أن كمية الغذاء غير كافية بالنسبة للغذاء الاعتيادى والصدرى ، حيث يصرف للمريض حالياً ٢٠٠٠ سعر حرارى فى الغذاء الاعتيادى بينما يجب أن تكون ٢٧٠٠ سعر حرارى :

الطهى والتقديم

رغم أن الكميات أقل من المعدلات المطلوبة فإنها لا تصل إلى المريض كاملة ، ولا تصله فى حالة جيدة . والمطابخ تحتاج إلى تجديد من ناحية الأجهزة ؛

وقد جهزت بثلاجة لحفظ الأكل ، وبذلك أمكن إعداد الوجبات فى مواعيد منتظمة . وتعاقدت المستشفيات الجامعية على توريد ٤٠٠٠ صينية خاصة ذات ثلاثة عيون تملأ فى المطبخ وتنقل إلى الأقسام فى عربات مغلقة مخصصة لذلك ، على أن يصرف للمرضى أدوات للأكل ، وموجود منها فعلاً كميات كبيرة ، ويمكن تخصيص مكان فى كل قسم لأكل المرضى القادرين على مغادرة فراشهم . كما يمكن صرف الجبنة والحلاوة واللبن والسكر فى عبوات صغيرة خاصة لكل مريض . ومن المهم عمل الترتيب اللازم لصرف أغذية جافة ولبن للمرضى الجدد ، نظراً لعدم وجودهم فى الحصر اليومى عند دخولهم المستشفى فى اليوم الأول .

الإشراف :

كان يشرف على المطبخ عدد من غير الأخصائيين ومن المفيد تكوين مكتب للتغذية برئاسة طبيب أخصائى فى التغذية ، يعاونه أخصائيون فى التغذية والتدبير . وقد توسعت المستشفيات الجامعية فى تعيين مديرات لمباشرة شئون التغذية بالأقسام .

٥ — الدواء

بلغت ميزانية الدواء لمستشفيات الجامعة خلال سنة ٦٦ / ٦٧ ٢٣٥,٠٠٠ جنيه . ويتكلف دواء المريض بالقسم الداخلى ١٥٠ مليما فى اليوم ، بما فى ذلك العمليات ، ويتكلف دواء المريض بالعيادة الخارجية ٣٠ مليما .

ويمكن تلخيص العيوب الموجودة حاليًا فى النقاط التالية :

يستهلك جزء كبير من ميزانية الدواء فى شراء عبوات صغيرة بسعر التجزئة . وهذا يتطلب عمل دراسة دقيقة مع مؤسسة الأدوية لضمان الحصول على الكميات اللازمة فى عبوات كبيرة .

استهلاك كميات كبيرة من مضادات الحيويات تبتلع جزءاً مهماً من

الميزانية . والسبب الأساسى سوء وسائل وأساليب التعقيم ، والإهمال فى الغيارات ، مما يرفع نسبة التلوث فى جروح العمليات ، ويدفع الأطباء إلى التوسع فى استخدام هذه المضادات .

عدم العناية بتوزيع الأدوية على المرضى وتسرب أجزاء هامة منها إلى الخارج.

عدم اتباع نظام اللامركزية الذى يتطلب إنشاء صيدلية خاصة بكل مستشفى من المستشفيات الجامعية على أن تستمر واحدة منها فى خدمة مستمرة طوال ١٤ ساعة ، وتخدم باقى المستشفيات بعد الثامنة مساء (ميعاد إغلاق الصيدلية حالياً) حتى صباح اليوم التالى .

٦ ــ مشاكل العاملين ومستوى الخدمة :

١ ــ التمريض

لا شك أن سوء حالة التمريض فى مستشفيات جامعة القاهرة ، هو جزء من مشكلة التمريض فى جميع مستشفياتنا وهذا يضع على عاتقنا مسئولية مواجهة جادة لهذه المشكلة .

وتتلخص أسباب سوء التمريض فى نوعين من الأسباب .

أسباب رئيسية :

عوامل مساعدة :

الأسباب الرئيسية :

قلة العدد : إن العدد الحالى بعيد عن أن يكون مناسباً : مساعدة ممرضة ٤٧٤ ، ممرضة حكيمة ٣١١ . ولكن النقص فى المستشفيات الجامعية ، على عكس الوضع القائم فى مستشفيات وزارة الصحة ، ليس خطيراً . إن النسبة فى الدول المتقدمة ممرضة لكل ثلاثة أسرة ، وفى مستشفيات جامعة القاهرة حيث يوجد

تقريباً ٣٠٠٠ سرير يبلغ عدد الممرضات والمساعدات ٢٦٠٤ أى أن النسبة هى : ١ : ٥ . هذا مع تأكيدنا أن نوع العلاج بالمستشفيات الجامعية يستلزم نسبة أعلى من المستوى العادى .

مستوى التمريض : لا يمكن التغاضى عن مستوى التمريض ، بل إن هذا المستوى فى هبوط مستمر ، ويجب اتخاذ إجراءات حاسمة لإيقاف هذا التدهور . والأسباب التى تكمن خلف هذه الظاهرة هى اتجاه الدراسة فى السنين الأخيرة نحو الاهتمام بالدراسة النظرية على حساب الجانب العملى ، الذى هو أساس مهنة التمريض ، وسوء الظروف المعيشية التى يعانى منها الممرضات نتيجة لوجود عدد كبير منهن فى حجرة واحدة ، وانخفاض مستوى التغذية ، والرعاية الصحية . كما أن الأجور لا تتناسب على الإطلاق مع نوع الخدمات والأعمال المطلوبة من أفراد هيئة التمريض . فالممرضة (الحكيمة) تتقاضى مرتباً شهرياً قدره ١٣٫٩١٠ جنيهاً ، ومساعدة الممرضة ٦٫٢٧٠ جنيهات ، بل إن كثيراً من مساعدات الممرضات معينات على وظائف شغالة باليومية وهذا يساعد على قلة الإقبال التى تعانى منها مهنة التمريض . ولا يمكن أن نطلب من مساعدة ممرضة أجرها الشهرى ٦٫٢٧٠ جنيهات أن تكون مثالا للتضحية والتفانى فى خدمة المريض ، بينما ترى من حولها أناساً آخرين لا يؤدون نصف العمل الذى تؤديه من ناحية الكمية أو القيمة الاجتماعية ، ويتقاضون مرتبات تعتبر خيالية بالنسبة إليها .

وهناك جوانب أخرى تؤثر لاشك على مشكلة التمريض ، فقد لوحظ مثلا أن بعض الأطباء ، وبالذات من الشبان يسيئون معاملة هيئة التمريض ، والممرضات يسئن معاملة الشغالات ، والاثنان ، وعلى الأخص الشغالات ، يسئن معاملة المرضى . بل يوجد هذا الوضع بين مختلف فئات هيئة التمريض حيث نتعالى الحكيمات فى كثير من الأحيان على مساعدات الممرضات ، وتتعالى تلميذات مدرسة الممرضات على تلميذات مدرسة المساعدات .

وهذه الظواهر تحتاج إلى جهد واع للقضاء على رواسب التفرقة الاجتماعية ، التى ما زالت مسيطرة على الأوساط الطبية ، شأنها شأن كثير من المجالات الأخرى .

العوامل المساعدة

إن وضع نظام دقيق للإشراف على عمل الممرضات هو نظام مفيد، ولكن كان ينبغى فى ظل أزمة الإعداد الموجودة الاكتفاء بأقل عدد ممكن وعدم سحب ٤٧ ممرضة (حكيمة) يمثلون خبرة هيئة التمريض لوضعهن فى مناصب رئيسات ومشرفات . وكذلك فإن وجود عدد ضخم من الممرضات (٣٣) والمساعدات (٣٢) لا يزاولن التمريض حيث يعملن فى المطابخ ، والمدرسة ، وسكن الممرضات أمر غير مقبول . فالممرضة تقضى خمس سنوات تتدرب على التمريض ، ولا يمكن التفريط فى خبرتها بينما نعانى من النقص الشديد فى عدد أعضاء هيئة التمريض.

تقوم الممرضة إلى جانب عملها بعديد من المهام الإدارية يمكن أن يقوم بها موظف كتابى يعين كسكرتير للقسم كما تقوم الممرضة بأعمال أطباء الامتياز .

الحلول المقترحة

فى مواجهة مشكلة التمريض لابد من وضع حلول سريعة تستهدف تخفيف حدة الأزمة ، وأخرى بعيدة المدى تهدف إلى القضاء عليها نهائياً .

والحلول السريعة هى

* الاكتفاء بأقل عدد ممكن من المشرفات وعودة جميع العاملات فى غير التمريض إلى ممارسة المهنة فوراً . وتعيين أخصائيات فى التغذية والتربية للمرافق ، وسكرتيرين للأقسام .

* العودة إلى النظام الذى كان معمولا به فى مدرسة الممرضات ، والذى يعتمد على الاستعانة بالتلميذات فى عمل المستشفى وجعل الدراسة النظرية فى فترة بعد الظهر كلما أمكن ذلك .

* منح هيئة التمريض مكافآت تشجيعية ، والأجور الإضافية المستحقة .
* رصد مبالغ لتحسين ظروف السكن فى بيت الممرضات .

الحلول البعيدة المدى

* تحسين الأجور ومراعاة طبيعة العمل عند تحديدها .
* فتح باب الاستزادة من العلم والبعثات ، وزيادة عدد الممرضات اللائى يلتحقن بمعاهد التمريض العليا وكذلك إقرار نظام الترقى من مساعدة ممرضة على أوسع نطاق ممكن .

٢ — المساعدون الفنيون

العيوب التى توجد فى عمل هذه الفئة داخل المستشفيات الجامعية تنبع من عدة عوامل :

أولا : النقص فى عدد المساعدين الفنيين ، وخاصة المؤهلين منهم ، وهذا يتطلب إنشاء مدرسة تكنولوجية طبية ملحقة بكلية الطب على غرار مدرسة الممرضات ، ويلتحق بها حملة الشهادة الإعدادية ، على أن يشترك طلبتها فى عمل البحوث والتحاليل الجارية فى أقسام المستشفى المختلفة . وفى هذه المدة يتدرب الطالب على الأعمال التكنولوجية المختلفة ، تحت إشراف أعضاء هيئة التدريس . ويقترح إعطاء الطالب مكافأة شهرية أسوة بمدرسة الممرضات وكتشجيع للإقبال عليها . وتكون الدراسة لمدة ثلاث سنوات ، يحصل بعدها الطالب على دبلوم متوسط فى التكنولوجية الطبية ، ويعين فى وظيفة مساعد فنى . ويسمح للممتازين بالالتحاق بالمعهد العالى للتكنولوجية ، عن طريق الانتساب حتى تتاح لهم مستقبلا فرصة العمل فى وظائف فنية .

ثانياً : تكدس المعامل الرئيسية بطلبات التحاليل الروتينية التى يمكن عملها فى المعامل الفرعية ، وتحول المعامل الفرعية بالأقسام إلى معامل تقوم بالأبحاث

الدقيقة تخدم القسم ، بدلا من أداء وظيفتها الأساسية وهى عمل التحاليل الروتينية .

والحل لهذه المشكلة هو إعداد معامل فرعية تخدم عدداً من الوحدات ، وتقوم بإجراء التحليلات اليومية ، وإعداد معامل رئيسية بكل مستشفى تقوم بإجراء التحليلات الروتينية .

٣ – يبلغ عدد الشغالة فى مستشفيات جامعة القاهرة : ١٢٠٩ عامل وعاملة منهم ٦٦٩ من النساء و ٥٤٠ من الرجال ، وهذا العدد يزيد على الحد الأدنى لأداء خدمة ممتازة وهو ١١٧٣ . والعيوب الأساسية فى تشغيلهم ناتجة من سوء توزيعهم على القطاعات المختلفة ، وضعف مستوى الأداء عموماً ، نتيجة لعدم إعدادهم من الناحية الفنية ، والنفسية ، وسوء معاملة الرؤساء لهم ، وعدم وجود نظام مجز للمكافأة . وكل هذا يتطلب علاجاً ، مع إعطاء أولوية خاصة فى التوزيع للمراكز الحساسة مثل غرف العمليات ، وفتح مدرسة ملحقة بالمستشفى تتولى إعدادهم فنياً ونفسياً ، ورفع مستوى العلاقات الاجتماعية بين العمال وغيرهم ، عن طريق الاجتماعات المشتركة والمناقشة والرقابة الجماعية ، تحت إشراف لجان الاتحاد الاشتراكى .

ولا شك أن سوء المعاملة ما زالت إحدى المظاهر الواضحة فى المستشفيات . وهى تقترن أيضاً بقدر كبير من عدم النظافة والإهمال ، وهذا يستدعى الاهتمام بالتدريب وإدخال عنصر المكافأة والعقاب بشكل حاسم .

٤ – الأطباء

إن التنظيم الإدارى الجديد من شأنه أن يشدد الرقابة على الأطباء ، كما أن مواعيد العمل الجديدة الخاصة بأعضاء هيئة التدريس ، وتواجدهم فترات أطول فى العيادة الخارجية والأقسام الداخلية ، عناصر يمكن أن تساعد على رفع مستوى الخدمة .

ولكن فى النهاية يتوقف النجاح فى إصلاح العيوب على مدى قدرة القيادات

السياسية والإدارية على تنظيم جهود جميع العاملين ، وتشديد نظام المكافأة والعقاب ، وتأكيد الأساليب الديموقراطية فى العمل عن طريق المناقشات والاجتماعات المشتركة ، والالتزام الجماعى فى تنفيذ الخطوات المطلوبة .

كما أن إقرار نظام ثابت لتفرغ أعضاء هيئة التدريس ، بحيث يشجع على جذب أحسن العناصر إلى العمل داخل مستشفيات الجامعة ، وتطبيق نظام العلاج بأجر ، الذى يرتبط ارتباطاً وثيقاً بهذا الموضوع ، ويخلق ظروفاً مساعدة لتطبيقه ، من شأنهما أيضاً أن يلعبا دوراً هاماً فى رفع مستوى الخدمة الطبية فى المستشفيات الجامعية ، كما أنهما من القضايا التى سنتعرض لها بتفصيل أكبر فيما بعد ، لأهميتهما فى تطوير الخدمات الطبية على مستوى الجمهورية كلها .

٥ ــ التسجيل والإحصاء :

لا شك أن من المهام الأساسية لكليات الطب ، والمستشفيات الجامعية ، أن تساهم بقسط أوفر فى البحث العلمى للدولة . ولا تستقيم البحوث العلمية إلا على أسس إحصائية متطورة ، ومن هنا تنبع ضرورة إدخال الوسائل والطرق الإحصائية ، وتطبيقها فى المستشفيات الجامعية .

كما أن للإحصاء والتسجيل نتائج أخرى هامة هى استكمال الإحصائيات الحيوية عن نسبة الأمراض بين المواطنين فى قطاع المستشفيات ، لتضاف إلى باقى الإحصائيات الحيوية للدولة ، فتساهم فى رسم السياسة الصحية ووضعها على أسس وقائية وعلاجية سليمة ، ودراسة تطورات الأمراض المختلفة وتاريخها الطبيعى ، وتقييم وسائل العلاج المتبعة ، ومتابعة الحالات عن طريق عمل بطاقة صحية متكاملة لكل مريض ، مما يساعد على الارتقاء بمستوى التشخيص والعلاج .

وهذا يتطلب الإسراع بإنشاء قسم متكامل للإحصاء والتسجيل ، مزوداً بالموظفين والفنيين اللازمين ، ومجهزاً بالآلات الحديثة التى تساعد على حسن الأداء . ويجب أيضا تدريس مادة الإحصاء الطبى ضمن المقررات فى كليات

الطب ، وعمل مقررات قصيرة للراغبين من أعضاء هيئة التدريس ، وتدريب أطباء الامتياز والمقيمين على العمل بقسم الإحصاء ومن المفيد تخفيف العبء على الجهاز المركزى للإحصاء فى المستشفى بإقامة أجهزة صغيرة للإحصاء فى الأقسام .

* * *

إن الخطوط الرئيســـية التى تعرضنا لها من حيث عيوب المستشفيات الجامعية ووسائل إصلاحها ، تنطبق إلى درجة كبيرة على باقى المستشفيات ويمكنها إذن أن تكون بمثابة النموذج الذى من خلاله أمكننا تغطية هذا الجانب من مشاكل العلاج فى بلادنا .

وتشترك المستشفيات الجامعية مع مستشفيات وزارة الصحة فى كثير من مشاكلها ، وهذا أمر طبيعى . ولكنها تتميز عنها ، كما قلنا بأنها تجمع بين عدة مهام أساسية . فهى تشكل أولا أهم المراكز العلاجية فى الجمهورية وتوجد فيها أعلى مستويات العلاج ، التى تعتمد عليها جميع المحافظات ، وهى تعتبر ثانياً المجال الطبيعى للتعليم الطبى ، وتدريب الأطباء ، والفئات الأخرى العاملة فى ميادين الرعاية الطبية ، وتوجد فيها ثالثاً الإمكانيات العلمية والفنية التى تؤهلها للقيام بالبحث العلمى فى الطب .

ومن المسائل الجوهرية فى الرعاية الطبية أن تقوم المستشفيات الجامعية بهذه الوظائف الثلاث على أكمل وجه ، وهى وظائف متكاملة ومتشابكة وتعتمد الواحدة منها على الأخرى .

ومع ذلك فإن الوظيفة الأصلية لأى مستشفى هى أن تكون مكاناً لعلاج المرضى وشفائهم ، وهذا لا يتعارض مع قيام المستشفيات الجامعية بوظائفها الأخرى ، بل على العكس ، فإن القيام بتقديم مستوى عال من الخدمات العلاجية ، على الوجه المطلوب ، هو فى حد ذاته نموذجاً لطالب الطب والأطباء وغيرهم من العاملين فى الحقل الطبى ، لما يجب أن تكون عليه الأصول العلمية ، والفنية ، والأخلاقية لممارسة المهن الطبية ، بجميع فروعها ومستوياتها .

ولكن تقديم وظيفة المستشفى الجامعى فى التعليم الطبي على وظيفته الأصلية وهو العلاج ، قد أدى فى واقع الأمر إلى إهمال كبار أعضاء هيئة التدريس للوظيفة العلاجية للمستشفى الجامعى ، وأصبح يقوم بها أطباء الامتياز والأطباء المقيمون وصغار أعضاء هيئة التدريس . وقد كان الهدف من التنظيمات الأخيرة ، والمواعيد الجديدة لعمل أعضاء هيئة التدريس ، وإشراكهم فى أعمال العيادة الخارجية والنشاط الإدارى ، التغلب ولو جزئياً على مساوئ هذا الوضع .

ولابد من النظر إلى إصلاح المستشفيات الجامعية من وجهة نظر ، دورها العلاجى أولا .

وهذه النظرة تفيد التعليم الطبي أكثر مما يفيده التركيز على التعليم الطبي فى حد ذاته . فالقيمة الحقيقية للمستشفى فى مجال التعليم الطبي تنبعث أساساً من نوع الخدمات العلاجية التى يؤديها المستشفى ومستواها .

ولكى تكون لخدمات الرعاية الطبية التى تؤديها المستشفيات الجامعية أهمية قائمة بذاتها ، ومنفصلة إلى حد ما عن دورها كوسيلة من وسائل التعليم الطبي ، يجب الفصل بين المسئولية العلاجية لأعضاء هيئة التدريس ، ومسئوليتهم التعليمية من مختلف النواحى ، سواء كانت متعلقة بالإشراف ، أو الرقابة ، أو تنظيم العمل أو الأجر .

وفى هذا الصدد يمكن أن يعاد تنظيم العمل على أساس أن تكون الوظيفة الأصلية لجميع الأطباء العاملين فى المستشفيات الجامعية هى تقديم الرعاية الطبية للمرضى ، وأن يندب بعضهم أو كلهم للتدريس بمكافآت تقدر حسب الوقت والجهد المصروف فى التعليم . ولكن يشترط أن يكون جميع الأخصائيين العاملين فى المستشفيات الجامعية حاصلين على أعلى الدرجات العلمية فى ميادين تخصصهم ، وأن يكون تعيينهم وترقيتهم على نفس الأسس التى يعين ويرقى عليها أعضاء هيئة التدريس الآن ، وأن يكون رؤساء الأقسام العلاجية هم الأساتذة . (وهو اتجاه أخذ به القرار الجمهورى الأخير والخاص بإنشاء هيئة عامة لإدارة هذه

المستشفيات) وهذا النظام مأخوذ به فى إنجلترا وأمريكا وقد نجح نجاحاً تاماً .

وكانت الرقابة على العمل الطبي والإشراف عليه وتقييمه فى حكم المعدومة داخل المستشفيات الجامعية ، ولم تكن هناك مسئوليات محدودة . وأدى هذا الوضع إلى تفشى القدوة السيئة والاستهتار . ومما لا شك فيه أن التنظيمات الجديدة ستدعم الرقابة على العمل الطبي بالاعتماد على رؤساء الأقسام ، وصلتهم بمجلس إدارة المستشفيات ، واللجان الإدارية .

إن تفرغ رؤساء الأقسام تفرغاً كاملا ، وتفرغهم الجغرافى فى المرحلة الحالية لابد أن يوضع كهدف للتحقيق السريع ، على أن يمنح رئيس القسم سلطات ومسئوليات إدارية فى قسمه ، تحت إشراف مدير عام المستشفيات .

ومن المفيد للغاية أن ينشأ قسم فى كلية الطب لتدريس إدارة المستشفيات فى المستقبل . وينصح أن يكون رئيس القسم هو فى الوقت نفسه مدير عام المستشفيات ، وأن يشترك أعضاء هيئة التدريس[١] فى هذا القسم فى الإدارة . وهذا الأسلوب يربط بين تعلم إدارة المستشفيات ، وبين التدريب العملى للدارسين . كما يوفر أعلى المستويات العلمية للعمل الإدارى .

---

(١) عدد أطباء المستشفيات الجامعية سنة ٦٦/٦٧ كما يلى :

امتياز تدريب ٣٩٦ (ثلث هذا العدد موجود باستمرار فى وزارة الصحة) .

نواب ٩٥ — معيدون بالكلية ١٤٤ — أستاذ مساعد ١٠٠ — أستاذ ٤٢

جدد ١٢٥ — مدرسون بالكلية ١٤١ — أستاذ كرسى ٤١

الفصل الرابع

المؤسسات العلاجية

لقد أخذ التفكير فى تنظيم الخدمات الطبية يتبلور بعد قرارات يوليو سنة ١٩٦١ . ذلك أن هذه القرارات خلقت الظروف التى تسمح بارتفاع كبير فى الاعتمادات المالية المخصصة للصرف على الخدمات الصحية ، كما أنها كانت انعطافاً حاسماً نحو مصالح الجماهير الشعبية ، وجد انعكاسه، ليس فقط فى توسيع نطاق ملكية الدولة لوسائل الإنتاج ، ولكن أيضاً فى السعى إلى توفير الخدمات الضرورية للشعب على أوسع نطاق ممكن ، ومنها الخدمات الصحية .

ويمكن تلخيص التطورات الأساسية فى مجال الخدمات الصحية فى نقاط أربع أساسية :

١ ــ مشروع الوحدات الصحية الريفية فى القرى .

٢ ــ التوسع فى بناء المستشفيات العامة والمركزية والمتخصصة وتوفير الأفراد والأجهزة لها .

٣ ــ التمهيد لتطبيق مشروع التأمين الصحى بالتوسع فى الإنشاءات ، وفى سيطرة الدولة والقطاع العام على المنشآت اللازمة لهذا المشروع .

٤ ــ تأميم تجارة وصناعة الدواء والتوسع فيه .

التوسع فى سيطرة الدولة

وقد كان إنشاء المؤسسات العلاجية خطوة هامة تدخل فى إطار هذه الخطة ، بالتوسع فى سيطرة الدولة على المستشفيات ، التى كانت يوماً ما ملكاً للقطاع

الخاص ، وخاضعة لإدارته ونفوذه بشكل أو بآخر ، سواء فى القاهرة أو فى عواصم المحافظات المختلفة .

والغرض من إنشاء المؤسسات العلاجية ينقسم فى الواقع إلى أهداف رئيسية ، وإلى أهداف ثانوية تخدم الأهداف الرئيسية وترتبط بها أشد الارتباط .

فلما كان التأمين الصحى الكامل يحتم وجود الإمكانيات التى حددها المشروع من توفر المستشفيات حسب العدد المطلوب من الأسرة ، والعيادات الشاملة ، والأدوية ، وتوفير الممارسين العموميين والأخصائيين المتفرغين فى جميع فروع التخصص ، وتوفير الاستشاريين لربطهم بهذه المستشفيات ، وتوفير المهرة من مساعدى المعامل وهيئة التمريض ، وتوفير الخدمات المعملية ، وخدمات الأشعة ، والعيادات الخارجية المجهزة المنظمة ، كان لا بد أن توضع هذه الإمكانيات تحت سيطرة الدولة وأن تستكمل بواسطتها حتى يسهل تطبيق التأمين الصحى فى الوقت المحدد . ولذلك أنشئت المؤسسات العلاجية . ولكن فى نفس الوقت تقترن مسألة توفير الإمكانيات المادية والبشرية بمسائل أخرى تتعلق بحسن تنظيم العلاج ، ووضع المعدلات الدقيقة وخفض التكاليف ، وتحديد المستويات ، وتوحيد النظم على أسس سليمة والقضاء على مظاهر الفوضى والاستغلال فى العلاج الحر ، وإرساء قواعد التعامل مع الهيئات والأفراد ، والاعتماد على الأنظمة الحسابية الدقيقة ، وكسر احتكار بعض كبار الأطباء واستغلالهم للمرضى . وهى جميعاً مسائل هامة فى التمهيد لتطبيق التأمين الصحى . ولكنها فى نفس الوقت خطوات على الطريق لوضع نظام علاج أفضل ، يمكن تطبيقه منذ الآن فى إطار التوسع فى الخدمات الصحية ، ورفع مستواها ، والقضاء على التمييز بين المواطنين فى الحصول على الرعاية الطبية اللازمة لهم .

وحيث إن الإمكانيات والظروف المناسبة لتطبيق التأمين الصحى لم تكن متوفرة عندما بدأ التفكير فى التأمين الصحى ، كان لابد من البحث عن الوسائل الكفيلة بإيجادها . ولما كانت نظم العلاج تعانى الكثير من تحكم العلاج

الخاص والمستشفيات الخاصة ، كان من الطبيعى أن يتجه تفكير المسئولين إلى توسيع قطاع الدولة عن طريق خلق شكل من أشكال المؤسسات ، تتوفر فيها المرونة الكافية لمعالجة المشاكل المعقدة النابعة من تشابك المصالح ، واختلاف النظم ، وتحكم الأهواء والرغبات الشخصية ، فى ميدان حساس للغاية ، لأنه يتعلق بأعز ما يملك الإنسان : الحياة والصحة .

لذلك قامت المؤسسات العلاجية فى المحافظات لتحقق مرحلة انتقالية تمهد لتنفيذ مشروع التأمين الصحى ونص قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢١٠ لسنة ١٩٦٤ فى شأن إنشاء مؤسسات علاجية بالمحافظات على قيامها بما يلى :

١ ــ توفير المستشفيات فى دائرة المحافظة سواء تم ذلك عن طريق إنشائها ، أو شرائها ، أو المشاركة فيها ، أو غير ذلك من الوسائل القانونية الأخرى .

٢ ــ توفير الأفراد ، والأجهزة ، والمعدات ، والتجهيزات اللازمة لهذه المستشفيات .

٣ ــ إدارة هذه المستشفيات وتهيئتها لتوفير أعلى مستويات الخدمة الطبية .

٤ ــ تحديد أجور العلاج ، والإقامة ، والفحص على اختلاف أنواعها ، وكل ما يدخل فى مدلول الخدمات الطبية ، بما فى ذلك الأدوية والأجهزة التعويضية .

٥ ــ اقتراح استقدام الأطباء والخبراء العاملين والإفادة منهم فى علاج المواطنين ، وتدريب الأطباء ، وهيئات التمريض .

٦ ــ القيام بأعمال الإسعاف الطبي ، وتنظيم خدمة حالات الطوارئ وتنسيق ذلك بين المستشفيات والوحدات التابعة للمؤسسة .

٧ ــ عقد اتفاقيات مع الجهات والهيئات والمؤسسات الملزمة بتوفير خدمات طبية للعاملين فيها ، وتلك الجهات التى ترغب فى توفيرها لموظفيها وعمالها لتقديم هذه الخدمات ، وعلى الأخص خدمات التأمين الصحى .

والبنود السابقة وبالذات البند رقم ٧ توضح طبيعة نشاط المؤسسة العلاجية ودورها . فالمؤسسة إذن تمثل ، أو يجب أن تمثل مرحلة انتقالية من شكل سابق للعلاج إلى شكل قادم . مبنى على أسس علمية اجتماعية . إن المؤسسة العلاجية لا يمكن أن تكون ، أو لا يجب أن تكون عملا مستقلا عن التأمين الصحى . إن عملها أولا هو إحلال القطاع العام للدولة محل الإدارات المستثمرة للمستشفيات فى التعاقد مع الشركات والهيئات والأشخاص . وعملها ثانياً هو فى توفير المستشفيات والعيادات الخارجية ، والشاملة ، والأفراد القائمين على العلاج ، وأخيراً ممارسة الإدارة الواعية التى لا تتقيد بالروتين والبعيدة عن التعقيد الإدارى .

وهذه الفترة الانتقالية تنقسم إلى مرحلتين :

(ا) مرحلة أولى تبدأ من الاستيلاء على المستشفيات الأهلية وقيام المؤسسة العلاجية بالمحافظات وتنتهى ببدء التأمين الصحى .

(ب) مرحلة ثانية تتمثل فى السنوات الأولى من تطبيق مشروع التأمين الذى سيضم الهيئات المتفعة به على مراحل ، ويؤدى بالتدريج إلى انكماش مجال نشاط المؤسسة العلاجية وبالتالى سحب جزء متزايد من إمكانياتها إلى التأمين الصحى بحيث يبقى لها أساساً خدمة من لم ينتفعوا بعد بالتأمين (وهم العائلات التى يطول الزمن نوعاً ما قبل دخولهم فى دائرة التأمين) وخدمة القطاع الحر (الطبقات المتوسطة) . وبمعنى آخر فإن نمو التأمين الصحى لابد وأن يكون على حساب المؤسسة العلاجية ، وفى تنسيق كامل معها ، بحيث يستفاد من كل إمكانياتها ، وبحيث لايحدث أى تعطيل للطاقات القائمة من مستشفيات وأسرة إلخ . وهذه نقطة هامة سنعود إليها عند الحديث عن العلاقة بين التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية فى التطبيق العملى ، وعندما نتناول مسألة تعدد الجهات التى تقوم بالعلاج الطبى فى المحافظات ، دون أن يوجد التنسيق اللازم بينها ، والأجهزة المشرفة القادرة على توحيد نشاطها فى خطة موحدة منسقة .

وإذا أردنا أن نضرب مثلا عن المرحلة الثانية سنجد أنه فى محافظة الإسكندرية

يصل عدد العمال والموظفين إلى ٢٩٠,٠٠٠ تقريباً وعدد أفراد عائلاتهم إلى ١,١٦٠,٠٠٠ تقريباً . إذن مجموع عدد العمال والموظفين وعائلاتهم يصل إلى ١,٥٠٠,٠٠٠ وهى أغلبية سكان محافظة الإسكندرية . ونتيجة لتطبيق التأمين على شرائح العمال الثلاث (فوق ٥٠٠ ، بين ١٠٠ — ٤٩٩ وبين ٢٠ و ١٠٠) وكذلك على الموظفين ، سحب من المؤسسة العلاجيــة عدد كبير من الذين كانوا ينتفعون بخدماتها . فنمو التأمين الصحى ليستوعب جميع شرائح العاملين ، والموظفين ، وعائلاتهم ، يعنى أيضاً الامتصاص التدريجى للعلاج الحر ثم العلاج المجانى فى المدن .

العلاقة بين المؤسسة العلاجية والتأمين الصحى

إن المذكرة التفسيرية المقدمة بشأن المؤسسات العلاجية بالمحافظات قد أوضحت « أن نجاح مشروع التأمين الصحى يتوقف أساساً على كفاية الأجهزة العلاجية . وهذه الأجهزة ستكون نواتها المستشفيات المملوكة للقطاع الخاص » . من هنا كان لابد أن تكون هذه المستشفيات تحت سلطة ورقابة الدولة . ولذا صدر قرار إنشاء المؤسسات العلاجية الذى كان نتيجة حتمية لتطبيق قانون التأمين الصحى : لأن المؤسسة ستكون هى الجهاز التنفيذى الذى سيطبق مشروع التأمين الصحى» .

وعندما وجه أحد الأطباء سؤالا إلى وزير الصحة فى الندوة التى عقدت بمدينة الإسكندرية بتاريخ ١ سبتمبر — سنة ١٩٦٤ يقول :

« جميع الأطباء متفقون على أن المؤسسة العلاجية يجب أن تكون فى خدمة التأمين الصحى ، وتمهد لاستكماله ، على أن يتم العمل فيها على ضوء قانون التأمين الصحى ، فبدون ذلك لا يحقق إنشاء المؤسسة العلاجية اشتراكية العلاج السليم . فما رأى سيادتكم فى ذلك »؟ أجاب الوزير :

« إن نجاح مشروع التأمين الصحى يتوقف أساساً على كفاية الأجهزة

العلاجية التى ستتولى التنفيذ . وهذه الأجهزة ستكون نواتها المستشفيات المملوكة للقطاع الخاص . وإذا لم تكن هذه المستشفيات تحت سلطة ورقابة الدولة مباشرة، فإن ذلك قد يوجد عقبة تعترض نجاح هذا المشروع الذى يترقبه العاملون فى الدولة ومؤسساتها وهيئاتها بشغف شديد . . . ومما لا شك فيه أن المؤسسة العلاجية ستكون فى خدمة التأمين الصحى ، بدون أن تمس الأسرة المجانية أو أسرة العلاج الحر بها ، حتى المستشفيات التى لم تخضع للتأميم وهى المستشفيات اليونانى والإيطالى فسيطبق عليها القواعد والنظم التى ستطبق فى المستشفيات التابعة للمؤسسة العلاجية لتسير جميع المستشفيات فى خط واحد سليم . وقد تم عمل اللائحة الأساسية لكل من المستشفى اليونانى والمستشفى الإيطالى »[1] .

وفى تقرير لجنة نقابة أطباء الإسكندرية عن المشكلة العلاجية بعد إنشاء المؤسسة الصادر بتاريخ ١٢ مايو ١٩٦٤ نقرأ الجملة الآتية :

« إن المؤسسة العلاجية لا يمكن أن تكون عملا منفرداً مستقلا عن التأمين أو قادراً على احتوائه » .

واستخدام كلمة « احتواء » هنا توحى بأنه كانت هناك قضية مثارة ، هى قضية العلاقة بين التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية . وكما يحدث فى كثير من المشاكل التى تعترضنا فى العمل العام ، يبدو أن هذه المشكلة لم تحل عن طريق التنسيق لصالح المشروع وعن طريق إخضاع اعتبارات الهيمنة والسلطة لما هو أهم أى للصالح العام . وللتدليل على ذلك يمكن الإشارة إلى ثلاث نقاط :

النقطة الأولى خاصة بالعلاقة الزمنية بين إنشاء المؤسسة العلاجية وتطبيق التأمين الصحى فالمفهوم الذى تعرضنا له كان يفترض وجود فترة أولى تبدأ فيها المؤسسة العلاجية عملها قبل التأمين الصحى بالاستيلاء على المستشفيات الأهلية . وتنتهى ببدء التأمين الصحى ، ثم فترة ثانية تتمثل فى السنوات الأولى من تطبيق التأمين وتنتهى بالتأمين الشامل على جميع المنتفعين وأسرهم .

(١) تم تأميم المستشفى اليونانى فيما بعد وضم للتأمين الصحى .

فالتخطيط السليم إذن كان يتطلب أن تبدأ المؤسسة العلاجية عملها باستكمال العنصر الفنى فى المستشفيات وإدارتها ، وتحديد المستويات العلاجية ، وتحديد الأجور غير العادلة للعلاج ، والقضاء على احتكار العمل الذى يفرضه بعض الأخصائيين ، ويعنى هذا بداهة وجوب تشكيل مجلس إدارة المؤسسة ومباشرته لأعماله قبل بدء التأمين الصحى. ولكن لم تتم الأمور على هذا النحو فى الإسكندرية التى كانت الميدان الأول لتطبيق التأمين الصحى . فقد بدأ التأمين الصحى على العاملين بالشركات قبل تشكيل مجلس إدارة المؤسسة العلاجية بخمسة أسابيع على الأقل ، وكان هذا أحد أسباب الاضطراب فى المراحل الأولى من تطبيق التأمين الصحى .

أما فى القاهرة فقد صحح هذا الوضع من الناحية الزمنية على الأقل. فقد تشكل مجلس إدارة المؤسسة العلاجية فى أول أكتوبر سنة ١٩٦٤ وأخذ فى تنظيم المستشفيات من ذلك اليوم ، واستولى أيضاً على جميع مستشفيات التأمين العمالية لتنظيمها هى الأخرى قبل البدء فى التأمين الصحى ، وشرع فى إجراء توسيعات فى بعض المستشفيات القائمة ، وفى الاستيلاء على مستشفيات جديدة مثل « مستشفى هرمل القديمة » « ومستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية » بالعجوزة .

والنقطة الثانية خاصة بعدم وجود تنسيق أو تعاون بين المؤسسة العلاجية والتأمين الصحى ،وقيام صراع فى تحديد العلاقة بينهما . فقد جاء مثلا فى محضر اجتماع الجمعية العمومية غير العادية لنقابة أطباء الإسكندرية المنعقد بتاريخ ٢٧ نوفمبر سنة ١٩٦٤ ما يلى(١) :

« لذلك يجب فى هذا الاجتماع أن نطالب المسئولين عند تنفيذ التأمين الصحى بالنظر فى الآتى :

١ — إخضاع التأمين الصحى الذى يشرف عليه السيد / وزير الصحة لإدارة واحدة . فلم يعد مفهوماً أن تستمر هيئتان مستقلتان بلا ارتباط بينهما من أجل القيام بعمل واحد . فيجب تحديد العلاقة بين فرع الهيئة العامة للتأمين

الصحى والمؤسسة العلاجية لمحافظة الإسكندرية أو إدماجها . . . إن نص قانون المؤسسة يلزمها بأن تشرف على العلاج المجانى ، وتحديد أجور الإقامة والعلاج والفحص الطبي للعلاج الحر ، وعقد الاتفاقيات مع الهيئات الملزمة بتوفير الخدمات الطبية وعلى الأخص خدمات التأمين الصحى . ويفهم من ذلك أن المؤسسة ملزمة باستكمال الأطباء المتخصصين للإشراف على العلاج بينما يطالب فرع الهيئة العامة للتأمين الصحى باستقطاع عدد من الأسرة لخدمة المنتفعين بالتأمين يقوم بخدمتهم أخصائيون زوار يعينون بمعرفة فرع الهيئة . . .

ويلح بهذا الخصوص سؤال آخر . . . لمن تتبع العيادات الشاملة ؟ هل للمستشفيات المؤسسة توزيعاً وعملا أم تنفصل الهيئة بها وبأخصائييها ؟

يتضح من الكلام السابق أنه عند تطبيق التأمين الصحى دار صراع بين المؤسسة العلاجية وأطباء النقابة من ناحية وبين الهيئة العامة للتأمين الصحى من الناحية الأخرى حول المستشفيات والعيادات الشاملة التى ستقوم بخدمة منتفعى التأمين الصحى . هل تتبع التأمين الصحى أم تتبع المؤسسة العلاجية .

وكان الشعار المرفوع من النقابة هو إما تحديد العلاقة بين فرع التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية بالإسكندرية وإما إدماجها وهى فكرة سليمة لا شك . ومع ذلك كان موقف التأمين الصحى فى التطبيق العملى هو الأسلم . فمن الطبيعى إذا أراد التأمين الصحى أن تنظم الخدمة ويضع المعدلات ويتحكم فى النظم المعمول بها ، ويضمن مستوى معيناً من الخدمة ، ويقف ضد النزعات الفردية لبعض الأطباء ، من الطبيعى أن يكون له الإشراف الكامل على العيادات الشاملة وعلى أسرة المستشفيات التابعة له ، وعلى الأطباء وجميع العاملين الذين يقومون بالعمل فى هذه الأماكن . ولم يكن من المتصور أن يقف دور التأمين الصحى عند مستوى العيادة الخارجية أو المجمعة والممارس العام ليسلم بقية المراحل والمستويات لهيئة أخرى هى المؤسسة العلاجية وهى هيئة مستقلة عنه تماماً رغم أنها خدمات صحية فى نفس الميدان أو فى ميادين قريبة جداً . ولا يخفى على أحد أن مشروع

التأمين الصحى كان لابد وأن يصطدم بعقبات ومصالح كثيرة ، وبالذات المصالح التى ترى أن تنظيم العلاج على أسس مخططة ، تحقق قدراً كبيراً من المساواة ، وتقضى على كثير من أوجه الفوضى والاستغلال قد تؤثر فى دخولهم وكذلك فلم يكن موقف المؤسسة العلاجية والهيئات المسئولة عنها ، ولا موقف الجمعية العمومية لأطباء الإسكندرية سلبيا فى هذه النقطة . فإن دور المؤسسة العلاجية حسب تعبير النقابة نفسها كان دوراً انتقاليًّا تعد فيه إمكانيات الخدمة فى المستشفيات والعيادات الشاملة ثم تسلم الجزء الذى يحتاج إليه التأمين الصحى لخدمة المنتفعين إلى الجهات المختصة .

وقد ترتب على هذا الخلاف مشاكل أخرى كان لها آثار ضارة فى تبديد إمكانيات العلاج وفى ضياع مبالغ كبيرة من ميزانية وزارة الصحة . وهذه المشكلة تبدو واضحة أيضاً فى محضر اجتماع النقابة فى ٢٧ نوفمبر سنة ١٩٦٤ . فقد أشار المحضر فى الفترة التالية مباشرة إلى أنه « بعد ضم التأمين الصحى على العاملين بالشركات لإشراف وزارة الصحة ، وتوحيد العلاج التأمينى تحت إدارة واحدة نرى ضرورة إعادة النظر فى توزيع الأسرة . فالسبب فى تجنيب مستشفيات خاصة بالمنتفعين من العاملين بالشركات قد زال . وبالإضافة إلى ذلك فقد تسبب التوزيع السابق فى ازدياد عدد الأسرة الخالية بالمستشفيات بنسبة تتراوح بين ٣٠ إلى ٥٠ ٪ من عدد الأسرة يوميًّا . وهذا يعود على المستشفيات بخسائر محققة .

لقد أصر المسئولين عن المؤسسة العلاجية بحجة إشراف وزارة الصحة على التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية معاً ، على عدم تجنيب أسرة ومستشفيات للتأمين الصحى . ومع عدم إنكار حقيقة الإشراف الذى يجب أن تباشره وزارة الصحة على هذه الجهات بصفتها المسئولة عنها ، فإن هذا لا يمنع وجود إدارات ، وجهات مستقلة ، داخل وزارة الصحة نفسها لها أسرتها ومستشفياتها إلخ . . . نظراً لطبيعة الخدمات التى تقدمها وضرورة إعطائها كامل المسئولية فى إدارة وتنظيم هذه الخدمات . ومثال ذلك مستشفيات الدرن ، ومستشفيات الأمراض العقلية

التابعة لإدارات مستقلة . وكان لابد للتأمين الصحى ، إذا أراد أن يحقق النجاح المطلوب فى مواجهة عديد من التعقيدات ، وفى ظل ظروف صعبة ، أن تكون له مستشفياته وأسرته وعياداته الشاملة المستقلة .

وقد ترتب على إصرار المؤسسة العلاجية هذا أن سعى التأمين الصحى حتى حصل على المستشفيات والأسرة اللازمة ، وعندما سحب المنتفعون بالتأمين الذين كان جزء منهم يعالج فى المؤسسة العلاجية كأفراد ، أو طبقاً للتعاقدات مع الشركات والهيئات ، أصبح هناك فائض من الأسرة يتراوح ما بين ٣٠ و ٥٠ ٪ يومياً . فإذا علمنا أن السرير الحالى يكلف الدولة ما يقرب من ٢٥٠ جنيهاً فى السنة أمكننا أن نتصور الطاقات والمبالغ التى تضيع على الدولة حيث إن عدد أسرة المؤسسة العلاجية بالإسكندرية وصل إلى ٨٨٠ . فإذا افترضنا أن ٣٠ ٪ فقط من الأسرة تبقى خالية طوال السنة فهذا يمثل خسارة سنوية تصل إلى ٧٠,٠٠٠ جنيه تقريباً . فضلا عن بقاء ما يقرب من ٢٦٤ سريراً خالياً طوال السنة فى بلد ما زالت تشكو من نسبة الأمراض المرتفعة .

والغريب فى الأمر أنه نتيجة لهذا النزاع فى الرأى لجأ التأمين الصحى فى الإسكندرية إلى إنشاء ما يقرب من ٣٠٠ سرير جديد حتى يستطيع أن يصل بنسبة الأسرة إلى ٤ لكل ١٠٠٠ مواطن تقريباً ، فأصبح لديه ما يقرب من ٨٧٣ سريراً الآن . وعندما نتعرض للتأمين الصحى سنجد أنه حتى فى هذا المشروع توجد نسبة عالية من الأسرة الخالية تصل بدورها إلى ٢٥ — ٣٠ ٪ فى كثير من الأحيان .

وهكذا تتضح النتائج الضارة لعدم وجود خطة موحدة ، وتنسيق كامل بحيث تستغل كل الطاقات . ولا شك أن هذا الأمر يتطلب السعى بجدية لخلق الأشكال الكفيلة بإيجاد هذا التنسيق ، وتحديد خطة موحدة لاستغلال كل الإمكانيات المادية والبشرية وتطويرها .

النقطة الثالثة التى تبين الفجوة الموجودة بين المؤسسة العلاجية والتأمين الصحى

هو عدم وجود أدنى علاقة بينهما خلال التخطيط والتحضير للتأمين الصحى فى القاهرة ، بينما من المفروض أن يقوم تعاون وثيق فى دراسة الإمكانيات المتاحة ، وأفضل وسيلة لاستغلالها ،فهما يقومان بعمل هو فى الواقع مرتبط أشد الارتباط . وهذا التنسيق لايتنافى مع الاستقلال الإدارى لكل منهما بل ينبع منه . وهذه المسألة ستثار من جديد عندما نبحث مشكلة التخطيط للخدمات الصحية وتنفيذها طبقاً لخطة منسقة وشاملة .

المؤسسات العلاجية فى المرحلة الحالية

إذا اتفقنا أن التأمين الصحى الشامل للعاملين وأسرهم ، هو نظام المستقبل فى توفير الخدمات الصحية لسكان المدن ، فإن النظرة إلى المؤسسات العلاجية ، وإلى المستشفيات التابعة لها ، وكذلك النظرة إلى طريقة تنظيم عملها وإدارتها ، وأساليب تقديم الخدمة فيها ومستوياتها ، والعلاقات التى يجب أن تقوم بين المؤسسة والأطباء وجميع العاملين فى الوحدات التابعة لها ، كلها مسائل لابد أن تتأثر بعملية التمهيد لتطبيق التأمين الصحى ، وأن تخدم التطور فى هذا الاتجاه . لذلك فإن دراسة النظم المطبقة فى المؤسسة العلاجية لا يمكن أن تكتفى فقط بالسعى إلى رفع مستواها ، وتحقيق مزيد من العدالة ، وحسن الإدارة وخفض تكاليف العلاج ، والدقة فى المعدلات ، ومنع الفوضى والاستغلال ، وإنما لابد أن تسعى أيضاً نحو وضع الأسس التى ستسمح فيما بعد بتطبيق التأمين الصحى على أفضل صورة ممكنة .

وهناك فارق كبير بين النظرة التى تعتبر مشكلة المؤسسة العلاجية تحسين مستويات العلاج وتخفيض تكلفتها فحسب ، وبين الموقف العلمى الذى يدرك طبيعة المرحلة الجديدة التى بدأت بالاستيلاء على المستشفيات الأهلية ، توطئة لتطبيق التأمين الصحى ، وهى التوسع الشامل فى تطبيق المبادئ الاشتراكية فى ميدان الخدمات الطبية حتى وإن اضطرتنا الظروف إلى السير بخطى تدريجية على هذا الطريق .

ولذلك فإن التفكير فى تنظيم الخدمات الصحية بعد قرارات يوليو ١٩٦١ كان يهدف إلى رسم صورة مختلفة جذرياً عن الخدمات الصحية فى المستقبل ، للوصول إلى الهدف النهائى وهو تأميم الطب من خلال التأمين الصحى .

وكما أوضحنا كان لابد أن يسبق تنظيم الخدمات الطبية التى تؤديها المستشفيات العلاجية ، تطبيق التأمين الصحى لذلك اتخذ ذلك القرار الهام الذى أدى إلى تأميم ٣٩ مستشفى فى ١٧ محافظة بهدف فرض سيطرة الدولة الصحى على المستشفيات الأهلية (القانون ١٣٥ لسنة ١٩٦٤) حتى يتسنى الانطلاق بعد ذلك إلى التأمين .

ولم يشمل هذا التنظيم المستشفيات الأجنبية وإن كانت قد خضعت فيما بعد لإجراءات أخرى ، فضم المستشفى اليونانى بالإسكندرية إلى التأمين الصحى ، وعملت لائحة جديدة طبقت على المستشفى الإيطالى فى الإسكندرية والقاهرة ، بحيث يشكل المصريون نصف أعضاء مجلس الإدارة ، كما تم ضم مستشفى هرمل إلى المؤسسة العلاجية .

ثم صدر فيما بعد القرار الجمهورى رقم ١٢١٠ لسنة ١٩٦٤ الخاص بتنظيم المؤسسات العلاجية فى المحافظات والمنشور فى العدد ٧٧ من الجريدة الرسمية الصادر بتاريخ ٢ / ٤ / ٦٤ ، وهو ينص على أن المحافظات التى يوجد بها مستشفى واحد أو اثنان من المستشفيات المؤممة ينشأ فيها مجلس يختص بالسلطات المخولة للمؤسسات العلاجية . أما محافظة الجيزة فقد شكل مجلس إدارة برئاسة المحافظ لإدارة مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية والذى ضم إلى المؤسسة العلاجية بسرائره الثمانمائة فى شهر أغسطس سنة ١٩٦٧ .

وعند بدء التأميم كان عدد المستشفيات ١٤ بالقاهرة و ٨ بالإسكندرية . ولكنهم أصبحوا الآن ١٣ بالقاهرة و ٦ فى الإسكندرية بعد أن استغنى عن ٣ مستشفيات صغيرة فى القاهرة ، وأضيف كل من مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية وهرمل . كما تم تحويل مستشفى النقراشى ومحمد فريد بالإسكندرية

إلى التأمين الصحى . ويبلغ عدد الأسرة فى المؤسسة العلاجية بالقاهرة الآن ما يقرب من ٣٦٠٠ سرير . منها ٢٠٠ سرير جديد أضيفت بقرار وزير الصحة رقم ٣٨ لسنة ١٩٦٧ ، و ٨٠٠ سرير مجانيًّا . وإجمالى عدد الأسرة على نطاق المحافظات كلها يصل إلى ٤٨٠٠ تقريباً[1] .

التنظيم الإدارى

تنص المادة الثالثة من القرار الجمهورى رقم ١٢١٠ لسنة ١٩٦٤ على أن يتولى إدارة كل مؤسسة علاجية مجلس إدارة ورئيس مجلس إدارة ، وتوضح المادة الرابعة طريقة تشكيل مجلس الإدارة الذى يتكون من رئيس مجلس الإدارة وهو طبيب متفرغ ، وأحد أعضاء مجلس المحافظة ، ومديرى القسم الطبي والقسم المالى وقسم التموين الطبي وقسم التمريض ، واثنين من مديرى المستشفيات التابعة للمؤسسة يرشحهما مجلس الإدارة ، ومدير مديرية الصحة بالمحافظة ، وعضوين يختارهما الاتحاد الاشتراكى بالمحافظة ، وعضوين يصدر بتعيينهما قرار وزير الصحة .

ويختص مجلس الإدارة بعديد من الأعمال الهامة يدخل ضمنها :

* تحديد السياسة العامة للمؤسسة ، وإصدار القرارات ، واللوائح المنفذة لها ، والمتعلقة بالشئون المالية والإدارية ، وتنظيم العمل فى المستشفيات .
* تحديد أجور الإقامة والعلاج ، والفحص الطبي ، وأجور الأطباء .
* الموافقة على عقد الاتفاقات مع الجهات التى تلزمها القوانين بتوفير خدمات طبية للعاملين فيها : وتحديد نسبة الأسرة المجانية .
* فحص وإقرار مشروعات ميزانيات المستشفيات التابعة لها ، ووضع ميزانية المؤسسة ، وعقد القروض ، وقبول الهبات والتبرعات .

---

(١) توزيع الأسرة عام ١٩٦٧ : القاهرة ٣٢٦٣ سريراً ، الإسكندرية ٩٢٨ سريراً الجمعية الخيرية الإسلامية بالعجوزة ٥٤٧ ، المبرة بأسيوط ١٢٧ سريراً .

وهكذا يتضح أن المؤسسة تتمتع بقدر كبير من الاستقلال الذاتى ، وأنه قد طبق فى تشكيل مجلس الإدارة مبدأ الجمع بين الأجهزة الإدارية وممثلى العاملين والتنظيمات الشعبية وإن كانت الصفة الإدارية هى البارزة والمسيطرة أكثر من اللازم .

وقد استكمل هذا التنظيم الإدارى بإنشاء اللجان الإدارية فى المستشفيات ، فطبقاً للمادة ١٦ من القرار الجمهورى سابق الذكر تدير كل مستشفى تابع للمؤسسة لجنة إدارية تشكل من مدير المستشفى ، ويكون طبيباً متفرغاً يرشحه مجلس إدارة المؤسسة ، ويصدر بتعيينه قرار من وزير الصحة ، وأقدم اثنين من الأطباء ورؤساء أقسام المستشفى ، والصيدلى الأول ، واثنين من أعضاء الاتحاد الاشتراكى بالقسم أو المدينة ، ورئيسة هيئة التمريض ، واثنين من المهتمين بشئون العلاج يصدر بتعيينهم قرار من وزير الصحة .

والغرض من وجود اللجنة الإدارية هو تأكيد فكرة جماعية القيادة ، وديمقراطية الإدارة ، فى وحدات الخدمات ، عن طريق إشراك ممثلى المنتفعين والعاملين فى إدارة المستشفى .

وقد رئى عند إقامة المؤسسات العلاجية أن تشكل مجالس إدارات بدلا من اللجان الإدارية ، وقدم المشروع بالفعل ، إلا أنه رئى فى المستويات العليا أن يكتفى فى المستشفى بمدير فقط لإدارة المستشفى ، تحت إشراف رئيس مجلس إدارة المؤسسة ، المسئول بدوره أمام الوزير ، على أن يختص مجلس إدارة المؤسسة فقط بالسياسة العامة والتخطيط .

وربما كان من الأفضل فى الفترة الأولى أن تكون السلطة الإدارية فى المستشفى محددة ، حتى تستطيع المؤسسة القيام بالإصلاحات اللازمة فى مواجهة العقبات والمقاومة التى تبديها الدوائر ذات المصلحة ، أو التى لم تتمكن بعد من استيعاب التطورات المطلوبة . ولكن نظراً لأن وجود مدير وحده قد تكون له أضرار الفردية فى العمل ، فلا بد من إيجاد لجنة استشارية بجانبه . والفارق بين

مجلس الإدارة واللجنة الإدارية هو أن مجلس الإدارة أعلى من المدير ، وهو يلتزم بتنفيذ قرار مجلس الإدارة ، أما اللجنة الإدارية فلها آراء من المفيد للمدير أن يستنير بها ، إلا أن سلطاتها الإدارية أضعف . ومع ذلك فهى لم تسلب من اختصاصاتها التنفيذية ، وليس من حق مجلس إدارة المؤسسة الاعتراض على قراراتها ، إلا فى مسائل أربع هى اللوائح والميزانية والحساب الختامى وبرامج العمل .

ولكن اللجان الإدارية لم تباشر عملها فى الواقع حتى الآن . وما زالت هذه المستشفيات تدار بواسطة المدير وحده . ويتضمن تشكيل اللجنة أقدم اثنين من رؤساء الأقسام ، وهما لا يمثلان الأخصائيين حديثى التخرج المرتبطين بسياسة المؤسسة ، بل كثيراً ما ينظران إلى المسائل من زاوية تقليدية ، كما أنه فى كثير من الأحيان لاتوجد أقسام فى المستشفيات ، يضاف إلى ذلك أن الصيدلى الأول غير موجود . أما المهتمين بشئون العلاج فيجب أن يمثلوا حقيقة رأى المنتفعين بخدمات المستشفى فى أغلب الأماكن . وهو أمر لم يراع فى الاختيار حتى الآن ، وأخيراً فإن عدد الأعضاء كبير يصعب اجتماعهم .

والحقيقة هى أن مسألة إدارة المستشفيات وأشكالها المختلفة من المواضيع الحيوية التى تحتاج إلى دراسة . وهناك نظم متباينة فى وزارة الصحة والسكة الحديد ، والتأمين الصحى ، والمؤسسة العلاجية ، فمثلا يتكون مجلس الإدارة فى مستشفيات التأمين الصحى من رئيس مجلس الإدارة ومدير المستشفى ، واثنين من المنتفعين ، واثنين من العاملين ، واثنين من الاتحاد الاشتراكى . ويلاحظ أن رئيس مجلس الإدارة فى هذه المستشفيات ، وكذلك فى السكة الحديد ، غير فنى بينما المدير طبيب وفنى . ويبدو أن الفكرة هى تأكيد العلاقة بين جمهور المنتفعين والمستشفى عن طريق رئيس مجلس الإدارة الذى تترك له كل المشاكل الخارجية أساساً ، بينما يتفرغ المدير الطبيب للإدارة الداخلية .

ولكن ، وأيًّا كانت تفاصيل الشكل ، فالهدف المشترك الذى يجب السعى

لتحقيقه هو تطبيق الديموقراطية فى إدارة الخدمات الطبية ورقابة الشعب عليها وجماعية القيادة .

معدلات الخدمة

لا توجد معدلات ثابتة بالنسبة للأخصائيين الذين يعملون فى مستشفيات المؤسسة . ويبلغ عددهم حوالى ٤٠٠ أخصائى . ويختلف عدد الحالات التى يقوم الأخصائيون بعلاجها حسب عدد الذين يدخلهم كل أخصائى للعلاج فى مستشفيات المؤسسة .

ويوجد طبيب مقيم لكل أربعين سريراً ، ويزداد العدد إلى اثنين لكل ٤٥ ـــ ٦٠ سريراً فى المستشفيات الصغيرة ، وستزداد النسب بعد التعيينات الجديدة التى بدأت فى أوائل السنة المالية ٦٧ / ٦٨ . كما يوجد مساعد أخصائى جراحة ، وأمراض باطنية ، وتخدير ، وأخصائى مسالك بولية . وفى مستشفى الهلال يوجد اثنان من أخصائى العظام .

وتتمتع مستشفيات المؤسسة بأعلى نسبة تمريض فى الجمهورية (٦٩٠ ممرضة لخدمة ٢١٠٠ سرير . وهذا الرقم قبل التوسعات التى حدثت فى بعض مستشفيات القاهرة وقبل ضم مستشفى الجمعية الخيرية الإسلامية ومستشفى هرمل) ، وهذا العدد يزيد بالطبع من التكاليف ويرفع مصر وفات الباب الأول من الميزانية .

ولا يوجد ضغط على العيادات بحيث يؤثر على مستوى الخدمة نتيجة لكثرة عدد المترددين . هكذا بشكل عام وإن كان الضغط شديداً على بعض المستشفيات الكبيرة مثل الجمهورية ودار الشفاء ، وهوليوبوليس وبالذات فى موسم الصيف . وينعكس هذا الضغط أيضاً على الأسرة فى درجات معينة .

الأسعار والتكاليف والحسابات

لا يوجد مستشفى فى المؤسسة العلاجية يحقق أرباحاً فيما عدا دار الشفا بسبب قلة أسرة الدرجة الثالثة فى هذا المستشفى وعدم وجود أسرة مجانية ، ولأن العيادة الخارجية تحقق أرباحاً لكثرة التردد عليها .

فالدرجة الثالثة ، وهى فئة ٥٠ قرشاً (من ٣ – ٦ أسرة فى الحجرة الواحدة) تسبب خسارة للمستشفيات . وكذلك الأسرة المجانية ، إذ أن الإعانة التى تصرف للأسرة المجانية من الدولة والتى انخفضت بمقدار ٢٣,٠٠٠ جنيه فى السنة المالية ٦٦ / ٦٧ لا تغطى تكاليف هذه الأسرة تغطية كاملة .

ويوجد الآن ما يقرب من ٨٠٠ سرير مجانى فى القاهرة ، يكلف كل منهم ٤٣٠ جنيهاً فى السنة ، ويصرف عليهم إذن ما يقرب من ٣٥٠,٠٠٠ جنيه فى السنة . وفى السنة المالية ٦٦ / ٦٧ صرف على الأسرة المجانية ٢٠٠,٠٠٠ جنيه كما أن أسرة الدرجة الثالثة وعددها كان ٧٠٠ سرير تقريباً يصرف على كل منها من ١٣٠ — ١٥٠ جنيهاً فى السنة زيادة عن الحصيلة (١٠٥,٠٠٠ جنيه) .

وهكذا فإن إلغاء المجانى كان يمكن أن يوفر إذن ٢٠٠,٠٠٠ جنيه فى سنة ٦٦ / ٦٧ ، وسيرتفع هذا الرقم إلى ٣٥٠,٠٠٠ فى سنة ٦٧ / ٦٨ .

ومن الأمثلة الصارخة فى هذا المجال مستشفى هليوبوليس حيث تكون الأسرة المجانية ، وأسرة الدرجة الثالثة ، الجانب الرئيسى مما يؤدى إلى خسارة حوالى ٥٠,٠٠٠ جنيه فى السنة .

ومجمل الخسارة خلال عام ٦٦ / ٦٧ كان ٣٠٠,٠٠٠ جنيه تقريباً . والحجة التى تقدم لتبرير تعدد الدرجات هو أن تثبيت مستوى الأجور عند الدرجة الثالثة مثلا سيؤدى إلى خسارة جسيمة إلا إذا تحملت الدولة التكاليف . وإذا تم تثبيت الأجر عند الدرجة الأولى سيتحمل المرضى أعباء إضافية .

ولكن هناك أبواب أخرى تؤثر على التكاليف فى مستشفيات المؤسسة

العلاجية ، منها التقصير فى الخدمة الذى يمثل خسارة تقريباً ١٠ ٪ ، والعمالة الزائدة التى تصل إلى ٢٥ ٪ تقريباً ، وسوء استخدام الدواء والإسراف فى التكاليف نتيجة للعبث الذى يصل إلى ٢٥ ٪ . وتكاليف مدارس الممرضات ، وصيانة المبانى والأجهزة التى تحمل على ما يصرف من الدولة كإعانة للأسرة المجانية .

وإذا قارنا بين أسعار العلاج بالمؤسسة وأسعار العلاج الاقتصادى فى مستشفيات وزارة الصحة (العلاج بأجر مخفض) سنجد أن أسعار وزارة الصحة أرخص من المؤسسة . ومن بين الأسباب الرئيسية هو أن أجور الأطباء فى مشروع العلاج الاقتصادى لا تزيد كحد أقصى عن ٣٠ ٪ من مرتب الطبيب . كما أن الأبحاث والفحص الطبى تتم بالإمكانيات الموجودة أصلا بالمستشفيات .

والملاحظ أيضاً أن ارتفاع أسعار المواد التموينية بالذات ، الأرز مثلا قد أدى إلى زيادة تكاليف السرير . كما أن مستوى الأداء فى المؤسسة من ناحية التمريض أعلى من مستوى الوزارة ، وهذا يؤدى إلى رفع تكلفة السرير أيضاً .

وقبل قرار رئيس الوزراء بتوحيد أجر العلاج ، وجعل التعاقد الشامل ٩ جنيهات للفرد فى السنة ، كان التعامل مع المؤسسة العلاجية بالتعاقد على الحالة ، فيما عدا الشرطة الذين كانوا يدفعون مبلغاً إجماليًّا يساوى ٢٢ ألف جنيه نظير عدد معين من الأسرة ، بينما التكاليف الفعلية كانت تصل إلى ٣٦,٠٠٠ جنيه ولكن يجب أن نلاحظ فى هذا الصدد البطء الذى يطبق به هذا القرار ، وربما يرجع هذا البطء إلى أن المؤسسة فوجئت به ، ولم تكن قد استعدت لاستقبال عشرات الشركات التى تريد التعاقد معها على الأساس الشامل ، وإن كان السبب الرئيسى هو توافق المصالح بين المؤسسة والأطباء من حيث إن المؤسسة لا تريد أن تتعجل تخفيض إيراداتها عن طريق الإسراع فى تطبيق العلاج الشامل ، كما أن الأطباء وبالذات الأخصائيين يفضلون نظام التعاقد بالفرد الذى يوفر لهم فرصاً أكبر للكسب .

وإذا رفعت كفاءة الخدمة ، وهى مسألة لنا عودة إليها فيما بعد ، ربما أمكن

تخفيض التكاليف بمقدار ١٠ — ١٥ ٪ ، والواقع أن تكلفة السرير هى من أعقد مشاكل الصحة ، لأن تكاليف الخدمات فى هذا الباب دائماً ما تكون مرتفعة فى كل بلاد العالم . والتكلفة الشاملة لسرير فى مستشفيات وزارة الصحة مثلا تصل إلى ١٢٥ قرشاً فى اليوم أى٤٣٢ جنيهاً فى السنة ولذلك تصرف الوزارة مبلغ ١٨ مليوناً من الجنيهات سنوياً على الأسرة بمستشفياتها من ميزانيتها البالغة ٢٧ مليوناً ، مما يؤدى إلى أن التركيز الرئيسى حتى الآن ما زال على الطب العلاجى وليس الوقائى وهى إحدى المشاكل الهامة التى سبق أن أشرنا إليها .

يضاف إلى ذلك أن تكلفة إنشاء وتجهيز السرير الواحد يصل إلى ٢٠٠٠ جنيه ، وأحياناً إلى ٢٥٠٠ جنيه .

وفى مستشفيات المؤسسة ، كما هو الحال فى أغلب وحدات الخدمات على نطاق القطر ، ما زال هناك قصور فى مسألة الحسابات والدفاتر والحساب الختامى . ذلك أن المدير ليس لديه الإدراك اللازم لمسائل الحسابات ، وما دام الأمر كذلك ، فإن رئيس الحسابات يستطيع أن يخفى عليه كثيراً من الحقائق التى يجب أن يعرفها ، إما عن عمد أو بدون قصد والأمر يحتاج إلى برنامج تدريب مالى للمديرين ، وإلى اهتمام الشخص بدراسة تفاصيل المسائل المالية وحسابات المستشفيات وقد دخلت مسألة التكاليف والمعدلات فى حياتنا ، وفى الخدمات الطبية ، بحيث أصبحت ركناً جوهرياً فى التخطيط والتطبيق العلمى المنظم ، وهذا يحتاج إلى تزويد المستشفيات بموظفين مؤهلين فى الأنظمة الحسابية .

العمالة : إن ظاهرة العمالة الزائدة أصبحت ملفتة للنظر ، وهى ناتجة من الزيادة فى السكان ومن الأوضاع الموروثة فى التعليم وكذلك من الاستمرار فى سياسة خاطئة فى بعض نواحيه . فالتعليم لا يخطط بدقة لاحتياجات البلد الفعلية ، والظاهرة الموجودة عموماً هو تضخم الوظائف بعمالة غير فنية ، أو غير مؤهلة للعمل الذى تقوم به . وهى تصل فى مستشفيات المؤسسة العلاجية إلى ٢٥ ٪ تقريباً . ومن المجالات البارزة فى هذا الشأن هى الحسابات ، حيث تضخم

عدد العاملين بشكل ملحوظ منذ التحول من قطاع خاص إلى قطاع عام . فى مستشفى التوفيق مثلا يوجد ١٢ موظف حسابات وعدد كبير من الدفاتر ، كما أن النظام المحاسبى الحكومى معقد بطبيعته (٢٧ دفتر حسابات فى المستشفى) ، هذا بخلاف دفاتر الخزانة والأجزخانة والمخازن إلخ ونجد أن المريض يتأخر ساعات عند الخروج حتى تسوى حساباته . وأن ٥٥ ٪ من العاملين لا مؤهل لهم سوى الابتدائية أو الإعدادية ، مما يؤدى إلى ضعف كفاءتهم فى العمل ، بينما يستطيع محاسب واحد مؤهل أن يقوم بعمل كل هؤلاء . وفى مستشفى الشبراويشى مثلا تدار الحسابات بموظف واحد يحضر ثلاث مرات أسبوعياً :

والأمر يتطلب تعيين موظفين جدد ومؤهلين وتحويل هؤلاء إلى أعمال أخرى.

الأطباء والأخصائيون

هناك عدة زوايا لمسألة القوى العاملة الطبية فى المستشفيات العلاجية .

أولا : أدى موضوع التعاقد الشامل بتسعة جنيهات إلى ظهور احتياج شديد لعدد متزايد من الممارسين العامين .

ثانياً : يوجد نقص واضح فى الأطباء المقيمين.

ثالثاً : تقف المعاملة المالية عقبة كأداء فى سبيل جذب الأخصائيين النابهين إلى العمل المتفرغ فى مستشفيات المؤسسة العلاجية ، وهو عامل أساسى يساعد على كسر حلقة الاحتكار والاستغلال الذى ما زال مفروضاً من بعض الأخصائيين ، ويسمح برفع مستوى الخدمة ، والمسألة تتطلب تعديل اللوائح الحكومية التى تنظم هذه المسألة . والواقع أن رسم سياسة سليمة لجذب الأطباء الشبان ، بل وفى كثير من الأحيان بعض كبار الأطباء (فى الجامعات مثلا) إلى التفرغ ، قضية هامة سنقابلها فى كل خطوة تتعلق برفع مستوى الخدمات الصحية فى المدن أو الريف ، فإن السياسة المتبعة الآن ، ما زالت تؤدى إلى أن الأطباء الذين يقبلون التفرغ ليسوا أكفاء وليسوا أحسن العناصر ، بينما نحتاج إلى جذب مئات من

الأطباء للتفرغ فى الوزارة ، والمناطق الطبية ومستشفيات الوزارة ، والمؤسسة ، والجامعة . وإحدى المشاكل الرئيسية التى تعانيها المؤسسة هى الصعوبة التى تلاقيها فى تعيين مديرين من الأطباء المتفرغين الأكفاء لإدارة مستشفياتها .

وقد صدر القرار الوزارى رقم ٣٨ لسنة ١٩٦٧ الخاص بلائحة الأخصائيين . وتتضمن هذه اللائحة المسائل التالية :

* تصنيف الأخصائيين .
* قيد الأخصائيين .
* تنظيم عمل الأخصائيين .
* علاقة الأخصائيين بالمرضى فى المستشفى .
* المعاملة المالية بهدف تحديد حد أقصى للأخصائيين مع جواز تحديد حد أدنى .
* الأخصائى المساعد وهو متفرغ ، وقد يبيت فى المستشفى ، ويعين على الدرجة السادسة ويمنح بدل عيادة بالإضافة إلى تقديم وجبات له .
* العيادات الخاصة بالمستشفى بشرط عدم وجود عيادة خاصة للأخصائى

ويتم التعاقد مع الأخصائيين طبقاً للقواعد الموضحة فى اللائحة مع محاولة الإكثار من الأطباء المؤهلين حديثى التخرج نسبيًّا بهدف استغلال الكفاءات المعطلة ، وإيجاد الفرصة أمامهم لزيادة دخلهم ، وأيضاً بهدف الارتباط مع القيادات الطبية الجديدة التى تتمتع بالقدرة على العمل ، والاستعداد للمشاركة فى الجهد العام ، كما يهدف إلى التخلص من مظاهر الاحتكار والاستغلال التى ما زالت تشوب بعض نواحى العلاج الطبى .

وفيما يتعلق بالقواعد المالية فسيوجد حد أقصى وحد أدنى للأخصائيين . أما العمليات التى تحتاج إلى مهارة خاصة فلابد من إعطاء الطبيب مكافأة مجزية

ورفع النسبة التى يتقاضاها . والسائد حاليًّا هى نسبة ٥٠ ٪ . وإذا كان هناك تعارض بين الأجر الذى يتقاضاه الأخصائى من المريض الخاص ، والأجر الذى يتقاضاه من المستشفى ، فإنه يصعب الآن التدخل فى هذا الأمر ، ولكنها مسألة يمكن علاجها فيما بعد عندما يستطيع القطاع العام أن يقدم مستويات من الخدمة ترتفع باضطراد .

ويلاحظ أن أجور الأخصائيين لم تحدد بعد ، لأن مجلس إدارة المؤسسة الجديد لم يشكل حتى الآن . وتحديد النسبة على أساس ٢٠ ٪ من أجر الخدمة للأخصائيين لا يحقق الصالح العام ، وإن كان الغرض منه زيادة حصيلة المؤسسة والحد من الاستغلال . ولكن الأفضل منه هو عدم وضع نسب محددة لكل العمليات ، حيث إنها تختلف فى طبيعتها . أما أجور العمليات والخدمة فقد تحددت . والنقطة التى ربما يجب التركيز عليها هى فكرة تحديد حد أقصى (١٠٠ – ١٢٥) جنيهاً مثلا ، وحد أدنى . والغرض من تحديد الحد الأقصى هو بالطبع القضاء على الاستغلال . أما الحد الأدنى فهو حق عادل للأخصائى عندما ينخفض الدخل من الخدمة . ومسألة أجور الأخصائيين يجب أن تحدد فى علاقتها بالإنتاج ، ولذلك توجد وسائل مختلفة : إما النسب (٢٠ أو ٣٠ ٪ مثلاً) أو المرتبات الثابتة مع تطبيق الحوافز أو طريقة الفترات .

وتوجد فى الهيئة العامة للتأمين الصحى لائحة أجور للطبيب العامل المتفرغ (٤٣ جنيهاً تقريباً) بينما الطبيب المتعاقد الذى يعمل لفترة محددة يتقاضى أجراً أفضل (٦٥ جنيهاً) ولذلك أضيف إلى مرتب الأخصائى المتفرغ بالهيئة أجر نظير الفترة التى يعملها بعد الظهر . وسيساعد مشروع العلاج الاقتصادى على تحقيق مثل هذا النظام فى مستشفيات المؤسسة .

وما زالت المشكلة الرئيسية بالنسبة للأطباء الأخصائيين إذن مسألة اللائحة المالية وأجور المتفرغين وهى تحول دون الاستفادة من الأطباء المقيمين القدامى الذين يمكن أن يعملوا كأخصائيين مساعدين .

وأيًّا كان الوضع الذى ستستقر عليه الأمور فإن المعاملة المالية للأخصائيين فى المستشفيات ما زالت فى حاجة إلى دراسة . والملاحظ حتّى الآن أنه لا توجد علاقة عمل بين الأطباء والمؤسسة . وقد لا تكون لهذه المسألة أهمية خاصة الآن حيث إن الأخصائيين ما زالوا قادرين على تحقيق مصالحهم بحكم الاحتياج إلى خبرتهم وتخصصاتهم . ولكن استتباب قواعد التعامل بشكل واضح فى العقود ، وإعطاء الأطباء حقوقاً قانونية ستكون له أهمية خاصة فى المستقبل . وربما كان الغرض من إعطاء سلطات شبه مطلقة لمجلس إدارة المؤسسة فى الفترة الحالية هو تمكينه من معالجة بعض الانحرافات بحسم وسرعة . ومقاومة مختلف أساليب التحايل أو المغالاة فى الأجر .

والمؤسسة تعمل فى نفس الوقت على تحسين الخدمة بالذات فى المستشفيات الصغيرة بحيث يصبح مستوى الخدمة متقارباً . وهذا من شأنه أن يخلق فى نفس الوقت فرصاً متكافئة للأخصائيين ، حيث إنه سيقضى على التباين فى مدى إقبال المرضى والشركات على المستشفيات المختلفة .

مشكلة الدرجات

تعرضنا عند الحديث عن مسألة التكلفة إلى مشكلة الأسرة المجانية التى تفسر الجزء الرئيسى من العجز المالى الذى تعانى منه المؤسسة العلاجية والذى يستوعب فى نفس الوقت ما تقدمه وزارة الصحة من إعانة سنوية لمستشفيات المؤسسة العلاجية . ولا شك أن إلغاء الأسرة المجانية فى المؤسسة من الأمور المفيدة اقتصاديًّا ، خصوصاً وأن القطاع المجانى يتبع وزارة الصحة والجامعات بشكل أساسى ولا داعى لبعثرة بعض الأسرة المجانية فى جهات أخرى ــ وهذا يتفق مع المهام التى تواجه المؤسسة فى رفع مستوى الخدمة وإعداد هذه المستشفيات لتطبيق التأمين الصحى .

ولكن هناك زوايا أخرى لهذا الموضوع . فالواقع أن وجود عدة مستويات

للخدمة وعلى الأخص مستوى مجانى ومستويات مدفوعة الأجر غير سليم لأنه يخلق تفرقة فى الخدمات ، وتفرقة فى المعاملة ، من شأنها أن تجعل مهمة إقرار معدلات ونظم موحدة ، أمراً صعباً . كما أنها تولد أحاسيس غير سليمة سواء فى نفوس المرضى أو نفوس العاملين ، على الأقل فى المرحلة الحالية التى لم يصل فيها الوعى إلى المستوى المطلوب .

وبشكل عام فمما لا شك فيه أن التعدد فى الدرجات أمر مرحلى من المفروض أن ينقضى إلى درجة كبيرة عند تطبيق التأمين الصحى على أساس الدرجة الثانية الموحدة التى تتساوى مع ما اصطلح بتسميته فى مستشفيات المؤسسة بالدرجة الثالثة الممتازة (من ٤ ــ ٦ أسرة فى الحجرة الواحدة) وفى الوقت الحالى يمكن البدء بإلغاء الأسرة المجانية من مستشفيات المؤسسة وكذلك الدرجات الممتازة والاكتفاء بالأولى والثانية والثالثة .

* * *

يجب الآن أن نلخص المشاكل التى يعانى منها نظام العلاج الحالى وبعض الحلول التى يمكن أن تساعد على تطوير العمل .

وتشرف المستشفيات المستولى عليها حالياً على علاج ثلاثة قطاعات ، علاج مجانى ، وعلاج حر ، وعلاج شركات متعاقد معها .

والعلاج المجانى مُعان من وزارة الصحة وفى بعض الأحيان (الإسكندرية مثلاً) من المحافظة . وهو فى الواقع ، كما رأينا مصدر مشاكل عديدة ، ولا يؤدى الغرض المطلوب ، وكثيراً ما تلجأ المستشفيات إلى استخدام أسرته لأغراض أخرى .

والعلاج الحر ميدان لممارسة الحرية بأوسع معانيها فى بعض المستشفيات ، وإن كان الوضع مختلفاً فى أغلبها حيث ينقسم إلى قسمين . قسم منه يخضع لنفس قواعد الحرية ويعتمد على الاتفاق المباشر بين الطبيب والمريض . وقسم آخر تنظمه نفس اللوائح المطبقة على عمال الشركات والهيئات .

أما علاج أفراد المنشآت من العاملين فيتم بتعاقدات بين المستشفيات والشركات ، أو بين الأطباء المعالجين مباشرة والشركات . وقد شابت هذه التعاقدات فى كثير من الأحيان روح تجارية لا تتفق وطبيعة الخدمات الطبية ، وإن كان الاتجاه الذى يتغلب مع مضى الزمن هو التغلب على مثل هذه المظاهر الضارة . ومن بين الإجراءات الواضحة فى هذا السبيل قرار رئيس الوزراء الصادر بتحديد العلاج الشامل عن طريق التعاقد على أساس ٩ جنيهات فى السنة للفرد .

وقد قامت إدارات المستشفيات بمحاولات دائبة لموازنة ميزانيتها المعقدة وانعكس هذا التعقيد على أسعار العلاج وعلى مستوياته . وتتمثل هذه المحاولات فى مظاهر مختلفة يمكن تعدادها فيما يلى :

١ — تقسيم الدرجات بالمستشفيات إلى خاص وممتاز وأولى وثانية وثالثة ، بأجور ثابتة وأخرى مخفضة .

٢ — زيادة الإيرادات بضم أكبر عدد ممكن من الشركات والدخول فى مساومات وتخفيضات ليس من شأنها أن تحافظ على وضع طبيعى ومستقر لمستوى العلاج . وقد انساقت إدارات الشركات فى هذا الاتجاه بقصد تنفيذ قانون علاج العمال ، دون التأكد من نوع الخدمة التى تقدم ، ومن قدرة المستشفيات على أداء العلاج بطريقة سليمة .

٣ — **تشغيل الأطباء :** ومن الملاحظات الجديرة بالاهتمام :

(ا) انخفاض عدد الأطباء المقيمين الذين يشرفون على العلاج فى هذه المستشفيات . ومن الأمثلة على ذلك فى مستشفيات الإسكندرية :

جدول رقم ٣٤

المستشفى	عدد الأسرة	عدد الأطباء المقيمين
المواساة	٤٢٧ سريراً	١٠
المبرة	١٢٥ «	٢
القبطى	١٤٢ «	٢

وهذا يعنى أن المعدل فى الخدمة الليلية لا يتعدى طبيباً واحداً فى الغالب .

(ب) عدم وجود أطباء متفرغين فى جميع المستشفيات إلا فيما ندر وأغلب الأخصائيين من الزوار (وزارة الصحة ، الجيش ، الجامعة) كما يوجد عدد منهم ملحق بمستشفى واحد فقط وهؤلاء يسمون بالأطباء العاملين . وفى كثير من الأحيان يشرف الزوار على الأقسام المجانية كمقابل وكضمان للحصول على اتفاقات أخرى فى القطاع الحر ، وعلى نسبهم فى خدمة قطاع الشركات .

٤ ــ **الأجور** : إن أجور المقيمين والأخصائيين المساعدين مجحفة ولا يمكن أن تساعد على تشجيع عملهم ، وعلى خلق ظروف مواتية للتفرغ . كما أن أجور سائر الأطباء ما زالت دون المستوى المطلوب ، ويترتب على ذلك اشتداد المعركة فى سبيل احتكار أكبر عدد ممكن من الحالات والمستشفيات ، والحصول على أكبر قدر ممكن من المكاسب ، عن طريق التعامل بالنسب التى تحددها كل مستشفى على هواها ، وبالأحرى يحددها الأخصائيون على هواهم ، لأنهم ما زالوا الكفة الغالبة . ويتجلى هذا بالذات فى التعامل مع كبار الأخصائيين . ويؤدى هذا الوضع أيضاً إلى غلق المستشفيات على أقل عدد ممكن من الأطباء بناء على مصلحة مادية مشتركة فالإدارات تريد ضغط مصاريفها ، وكبار الأطباء يريدون زيادة دخولهم ، فى المواساة مثلا قبل تطبيق التأمين الصحى فى الإسكندرية كان ثلاثة من الأطباء (رئيس قسم ومساعدان) يقومون على العلاج الجراحى للقسم

المجانى ، والقسم المتعاقد مع ٤٢ شركة والقسم الحر الخاص بالمستشفى . وتوجد حالات مماثلة الآن فى مستشفيات المؤسسة العلاجية بالقاهرة ، وإن كانت أقل حدة مما كانت فى الماضى .

ويترتب على ذلك بالطبع أن رؤساء الأقسام لا يمكن أن يقوموا بكل هذا العمل اعتماداً على جهودهم وحدهم ، وإلا قضى عليهم من الإرهاق فى بضعة أيام . ولكنهم يلجأون إلى تشغيل أطباء من الباطن لقاء أجور زهيدة ، أو تكليف مساعديهم بكل العمل مع الاحتفاظ بأنصبتهم كاملة يحصلون عليها مهما تغيبوا عن العمل .

٥ ـ زيادة إيرادات المستشفى

فى سبيل زيادة الإيرادات لجأت المستشفيات إلى تحميل المرضى رسوماً وإضافات زادت من تكلفة العلاج ، مثل فرض رسم لغرفة العمليات ، وفرض رسم خدمة ١٠ ٪ من التكاليف[١] ، والمبالغة أحياناً فى أثمان الأدوية والتحاليل ، والأشعات ونقل الدم .

* * *

إذن ما هى الحلول التى يمكن أن تنفذ الآن ؟ خصوصاً وأن التمهيد للتأمين الصحى يتطلب بالقضاء على العيوب الحالية ، وتوفير الإمكانيات الأساسية اللازمة التى تفتح الطريق أمامه .

هناك خطوط عريضة تعرضنا لها عند الحديث عن واقع المؤسسة العلاجية ، وبعض أوجه النقص ، والسبل التى يمكن اتباعها للتغلب على العيوب الموجودة . ونريد أن نلخص هنا فى بحث الوسائل الكفيلة بتطوير عمل المؤسسة ومستشفياتها .

---

(١) إن القول بأن رسم الخدمة يوزع على العمال ولا يمكن إلغاؤه لأنه حق مكتسب أمر مردود عليه بأن الأكرم والأحسن هو زيادة مرتبات العمال مع إلغاء الرسم .

١ — إن توحيد شكل الإدارة فى المستشفيات المستولى عليها أمر ذو أهمية كبيرة ، ويجب أن يخضع هذا الشكل للأغراض التى قامت المؤسسة العلاجية لتحقيقها كما يجب أن تتجه الإدارة فى المرحلة الحالية إلى التعبير عن الإرادة الشعبية الممثلة فى الأطباء ، والصيادلة ، والممرضات ، والفنيين ، وجميع العاملين فى المستشفيات ، والممثلة أيضاً فى العمال والموظفين المتعاقدين مع المستشفى وفى مندوبى الاتحاد الاشتراكى .

٢ — إن قيام المؤسسة بتوحيد التعاقد مع الشركات طبقاً لتوجيهات الحكومة الخاصة بالتعاقد الشامل ، وتنظيم عملية العلاج من المصنع أو المؤسسة إلى العيادات الشاملة أو العيادات الملحقة بالمستشفيات حتى مستوى المستشفى مسألة مهمة للغاية ، ويجب الإعداد لها حتى تتمكن المؤسسة من القيام بالأعباء الجديدة التى ستلقى عليها مع الزيادة الكبيرة المتوقعة فى عدد الشركات التى ستتعاقد مع المؤسسة لعلاج العاملين .

٣ — إقامة العيادات الشاملة على أن تبدأ المؤسسة بثلاثة أو أربعة منها موزعة جغرافياً فى أكثر الأمكنة ازدحاماً بالعمال . وقد صرح المسئولون أخيراً أن العمل جار بالفعل لإقامة ست عيادات شاملة فى القاهرة . وتعتبر إقامة هذه العيادات مسألة حيوية ، خصوصاً إذا روعى فيها التوزيع الجغرافى السليم ، وتجمعات العمال فى الشركات ، لأنها تيسر الخدمات الطبية للعاملين ، وتخفف الحمل على المستشفيات ، مما يسمح برفع مستوى الخدمة فيها . ويمكن للمؤسسة أن توسع نطاق الانتفاع بالعيادات الموجودة فعلا فى الشركات الكبرى ، وأن تعمل على تطوير بعضها إلى عيادات شاملة ، إذا كانت تصلح لذلك الغرض ، على أن تجهز تجهيزاً مناسباً .

٤ — تخفيض أجور الإقامة بالمستشفيات ، مع إلغاء الأسرة المجانية ، والعمل على توحيد الدرجات بالتدريج ، حتى لا تزيد عن اثنتين بحيث يمكن تخفيف العبء على الفئات غير المؤمن عليها حتى الآن، وكذلك على أسر العاملين

الذين يتمتعون بالتأمين ، وهم ما زالوا الأغلبية الساحقة من سكان المدن ، وكذلك تخفيض الرسوم المتعددة التي تثقل كاهل المريض مثل رسم غرفة العمليات .

٥ ـ وفيما يتعلق بالعلاج الحر لابد من تنظيم العمل بحيث يحقق تيسير العلاج للعاملين الذين لم يتسع التأمين ليشملهم (وعددهم ضخم الآن وسيبقى هكذا لعدة سنين قادمة) وكذلك لجميع العائلات . ويجب أن يكون الهدف فى النهاية توفير العلاج دون مشقة لأفراد هذا القطاع ، عن طريق تخفيض التكاليف والاتجاه إلى توحيد الدرجات بخطوات مضطردة . وهناك أفكار فى هذا الشأن يمكن دراستها . فبالنسبة إلى المريض الذى يتوجه مباشرة إلى المستشفى يجب الاكتفاء برسم الإقامة ، وإلغاء كل ما كان يحصل سابقاً من أجر العلاج اليومى ، والفحوص المعملية ، والأشعة ، و ١٠ ٪ خدمة ، ويجب اعتبار أجور العمليات شاملة لرسوم التخدير وفتح غرفةالعمليات ،وعدمجواز إضافة أى مبلغ إلى أجر الولادة بسبب التعسر ،والتدخل الجراحى ، وإلغاء الدم من قائمة تكاليفالدواء. وقبول جميع الإحالات العاجلة حتى ولو لم تكن قادرة على دفع التأمينفى الحال .

أما المريض الذى يختار طبيبه المعالج ثم يحال بواسطته إلى المستشفى فيمكن معالجته على الأسس الآتية :

* رسم الإقامة مثل السابق .
* تكاليف الدواء الفعلية .
* تكاليف الفحوص المعملية والأشعة .
* تكاليف غرفة العمليات .
* أجور العمليات المتفق عليها .

٦ ـ يعتبر تفرغ الأطباء للعمل بهذه المستشفيات أمرًا بالغ الأهمية ، فعلاوة على أنه أحد أركان تطوير المستشفيات ورفع مستوى الخدمة ، فهو يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتأمين مستقبل الطبيب . إن المرتبات الحالية لا تفى بالغرض . يستكملها أحياناً بل ويشوهها نظام النسب المتبع حاليًّا ، الذى يجعل الطبيب

يبذل أقصى جهد لجمع أكبر مبلغ من المال ضماناً لمستقبله ولعائلته . إن وجود عدد متزايد من الأطباء على نطاق الجمهورية ، وظهور فائض نسبي فى السنين الأخيرة مما دفع الدولة إلى تشجيع الهجرة بينهم ، يجعل سياسة التفرغ أمراً ممكناً فى كثير من الأحيان .

ويجب تشغيل أكبر عدد ممكن من الأطباء المقيمين بالقسم المجانى ، وأطباء العموم ، ومساعدى الأخصائيين بالأقسام المجانية والتعاقدية والحرة على أساس التفرغ الكامل وبمرتبات مجزية ، بحيث يتناسب عددهم مع عدد الشركات المتعاقد معها . وتقضى نظم المؤسسة كما ذكرنا من قبل بتفرغ مديرى المستشفيات ، ولكن ما زالت المعاملة المالية العقبة الكؤود أمام التطبيق . ويجب فتح المستشفيات المغلقة لأكبر عدد ممكن من الأطباء الممارسين العامين والأخصائيين والاستشاريين وأن يكون لجميع الأطباء المتخصصين الحق فى تحويل مرضاهم إلى مستشفيات العلاج الحر على قدم المساواة ، بحيث لا يقفل أى مستشفى أمام طبيب دون آخر طالما أنه فى المستوى المطلوب . ويلزم ذلك وجود مكتب حتى يمكن للأطباء الرجوع إليه للاستعلام عن الأسرة الخالية .

٧ — الاستعانة بالإمكانيات الضخمة للمستشفيات الجامعية ، ودراسة فكرة التعاقد مع المستشفيات الجامعية بمبلغ يمكن أن تستغله هذه المستشفيات لزيادة إمكانياتها بالصورة التى تراها . وفى هذه الحالة سيكون من واجب المستشفيات الجامعية وضع عياداتها الخارجية بما فيها التحاليل المعملية البسيطة فى خدمة العلاج التعاقدى ، وكذلك إمكانيات المعامل ، وأقسام الأشعة ، والأطباء المتخصصين والاستشاريين ، وهى طاقة يمكن أن تقدم للمؤسسة أجل الخدمات .

إن عدم الاستعانة بالمستشفيات الجامعية حالياً يعتبر نقصاً فى العلاج الطبى الذى تقوم به المؤسسة العلاجية تحت إشراف وزارة الصحة .

٨ — ضرورة تحسين أجور الأطباء والعاملين فى مستشفيات المؤسسة العلاجية ، والاهتمام بتطبيق لائحة أجور العاملين عليهم ، وإلغاء نسبة العشرة فى المائة

خدمة مع إضافتها إلى الأجر ، وتحريم « البقشيش » والهبات المالية تحريماً باتاً مع معاقبة من يخرج عن هذه القاعدة بشدة .

٩ ـ أهمية إيجاد تنسيق بين هيئة التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية حتى يمكن التخطيط لمستقبل الخدمات الطبية فى المدن على أسس سليمة ، واستغلالها إلى أقصى حد ممكن ، بدلاً من الازدواج ، أو التكرار ، أو التبديد الذى يحدث فى جزء منها .

* * *

انتهينا الآن من التعرض لبعض النقاط الخاصة بالمؤسسات العلاجية . ولكن ما زالت هناك مشاكل كثيرة تحتاج إلى دراسة ، وإلى مزيد من الخبرة فى التطبيق قبل أن تتضح معالمها ، بحيث يمكن تقديم الحلول الملائمة لها .

لقد حاولنا على قدر جهدنا أن نقدم صورة شاملة لهذا القطاع المرحلى الهام من الخدمات الطبية فى المدن ، ونترك لغيرنا مهمة تناول الجوانب التى ربما نكون قد أهملناها ، ولكن السؤال الذى يلح الآن ، والذى ما زال ينتظر إجابة شافية هو هل المؤسسة العلاجية تسير بالفعل فى اتجاه الإعداد للتأمين الصحى ؟ وهل تسعى إلى جانب ذلك نحو تيسير العلاج للمواطنين والعائلات التى لم يشملها التأمين ، والتى ينتظر ألا يشملها إلا بعد فترة طويلة نسبياً ؟ أم هى متجهة إلى توفير الخدمات للفئات المتوسطة فى المجتمع والتى كانت تلجأ فيما مضى كلية إلى القطاع الحر؟ إن الإجابة على هذا السؤال هو الفيصل فى تطور المؤسسة العلاجية. وفى رأينا أن السياسة المتبعة حتى الآن ، والتى لم يحدث فيها أى تغيير حقيقى تدل على أن تقديم الخدمة الطبية للطبقات المتوسطة ، وهى طبقات لا تعانى بشكل أساسى من ضيق إمكانياتها ، ما زالت المهمة الرئيسية التى تتجه المؤسسة العلاجية إلى القيام بها بشكل أساسى ، وإن الإعداد لوضع جزء من إمكانياتها فى خدمة التأمين الصحى ليس واضحاً بالقدر الكافى .

الفصل الخامس

نظم العلاج الطبي فى الشركات

يتبين من دراسة نظم العلاج التى تطبقها تلك الشركات التى لم تدخل بعد فى إطار التأمين الصحى أو فى إطار التعاقد الشامل ، وهى بالطبع الأغلبية الساحقة من الشركات الموجودة حالياً ، أن هناك نظماً متعددة وشديدة التباين وإن كان يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام رئيسية :

١ — نظام تقديم الخدمة الطبية عن طريق التعاقد مع المستشفيات ، والصيدليات ، والتعاقد مع الأطباء الممارسين العامين والأخصائيين أو تعيينهم .

٢ — نظام تقديم الخدمة الطبية عن طريق وثائق التأمين الصحى الجماعية لدى إحدى شركات التأمين مقابل قسط سنوى محدد .

٣ — نظام تقديم الخدمة الطبية عن طريق امتلاك عيادات ومستشفى ، وتعيين الأطباء الممارسين والأخصائيين الذين يصبحون بذلك موظفين فى الشركة ، أو تعيين جزء منهم والتعاقد مع جزء آخر .

١ — نظام تقديم الخدمة الطبية عن طريق التعاقد

(ا) **خدمة الممارس العام :** معظم الشركات تتبع نظام التعاقد، وتوجد فى الشركة عيادة يقوم فيها الطبيب الممارس العام بتوقيع الكشف الطبي على المرضى المحولين إليه من الوحدات المختلفة المكونة للشركة ، أما إذا كانت حالة المريض تستدعى تحويله إلى إخصائى ، فإن الطبيب الممارس هو الذى يتولى هذه المهمة ، إنه يتولى التحويل إلى المستشفى فى الحالات التى تتطلب هذا

الإجراء . ويقوم الطبيب الممارس بزيارة المريض فى منزله إذا كانت حالته لا تسمح بمغادرة الفراش .

أما من ناحية علاقة الأطباء بالشركات فبعضهم معين فى الشركة والبعض الآخر تتم محاسبته بالحالة .

(ب) التعاقد مع الأخصائيين

تتعاقد كل شركة مع مجموعة من الأخصائيين فى مختلف فروع الطب والجراحة ، على أن يوجد فى كل تخصص طبيب واحد على الأقل . ويقوم الأخصائيون بتوقيع الكشف الطبي على الحالات المحولة عليهم من الممارسين فى عياداتهم الخاصة ، وإجراء العمليات اللازمة .

أما فيما يتعلق بطريقة التعاقد مع الأخصائيين فلا توجد طريقة واضحة لإبرام هذا التعاقد . ولكن فى أغلب الأحوال يتم ترشيح هؤلاء الأخصائيين عن طريق ممارسى العموم ، بمعنى أن التعاقد لا يخرج عن كونه مساومة بين الممارس العام والإخصائى للاتفاق حول قيمة الكشف الواحد ، ثم تتم محاسبة الأخصائيين عن الحالات المحولة إليهم كل فترة زمنية معينة .

(ج) خدمة المستشفى

تتعاقد كل شركة مع مستشفى أو أكثر لعلاج العاملين بها ، وإجراء العمليات والفحوص المعملية والأشعات ، ويتم الاتفاق على خصم نسبة معينة من جدول الأسعار الذى يتعامل المستشفى بمقتضاه مع الجمهور . ويتحمل العامل فروق التكاليف إذا ما رغب فى دخول مستشفى آخر غير المتعاقد معه من جانب الشركة .

كما أن بعض الشركات تتعاقد مع أكثر من مستشفى ، وغالباً ما تكون المستشفيات التى يعمل بها الأخصائيون المتعاقدون مع الشركة .

ويلاحظ بصفة عامة أن هناك تفرقة فى المعاملة بين العاملين بعضهم البعض

فيما يتعلق بالدرجات التى يقيمون فيها عند دخولهم المستشفى ، إذ يتم هذا التحديد على أساس الفئات الوظيفية والمالية للعاملين ، وإن كان الوضع آخذاً فى التغير مع تطبيق نظام التعاقد الشامل .

مثال ذلك ما نجده فى البنك الأهلى المصرى .

الموظفون ٧٥ جنيهاً فأكثر	يقيمون بالدرجة الأولى
الموظفون ٥٠ — ٧٥ جنيهاً	يقيمون بالدرجة الثانية الممتازة
الموظفون أقل من ٥٠ جنيهاً	يقيمون بالدرجة الثانية العادية

وباقى العاملين يعالجون بالدرجة الثالثة الممتازة ، وهذه التفرقة إن دلت على شيء فإنما تدل على أنه لا يوجد حتى الآن فهم سليم للغرض الأساسى الذى تهدف هذه النظم إلى تحقيقه ، وهو رعاية الطبقات الفقيرة بالذات ، وحمايتهم من الخسائر المادية المترتبة على المرض .

(د) الدواء

تتعاقد كل شركة مع صيدلية أو أكثر لصرف الأدوية للعاملين بالشركة ، وتحصل الشركة على خصم ٥ ٪ من الأدوية الجاهزة .

وفى حالة عدم وجود دواء معين فى الصيدلية المتعاقد معها ، يقوم العامل بشراء هذا الدواء من أى صيدلية خارجية على أن يحصل على فاتورة يتقدم بها إلى الشركة لصرف الثمن الذى دفعه فى شراء الدواء .

٢ — نظام تقديم الخدمة الطبية عن طريق وثائق التأمين الجماعية

تلجأ بعض الشركات إلى عقد وثيقة تأمين جماعية لعلاج العاملين بها ، لدى شركات التأمين نظير دفع قسط ثابت عن كل منتفع ، مقابل تقديم شركة التأمين جميع الخدمات الطبية للعاملين ، فعلى سبيل المثال كان البنك المركزى المصرى متعاقداً مع شركة التأمين الأهلية على علاج العاملين به ، نظير دفع

قسط ثابت عن كل عامل مقداره ١٨ جنيهاً فى العام ، على أن يحصل العامل على الخدمات الطبية التالية :

* خدمة الممارس والأخصائى .
* العلاج بالمستشفيات .
* تقديم الأدوية والمهمات الطبية .

ولا يشمل العلاج

* جراحة التجميل .
* تكاليف الأسنان الصناعية أو حشوها بالذهب أو الأطراف الصناعية أو النظارات .
* مصاريف الانتقال إلى الأطباء والمستشفيات ، ومنها :
* نفقات الوضع

الحد الأقصى لمسئولية الشركة بموجب العقد ١٠٠ جنيه عن كل موظف خلال السنة التأمينية ، ومن مزايا طريقة التعاقد مع شركات التأمين أن الشركة تحدد التزاماتها الخاصة بعلاج العاملين حيث إن القسط للفرد محدد فى بداية السنة التأمينية ، وإن الشركة ترمى عن عاتقها الأعباء الخاصة بتقديم الخدمات الطبية للعاملين ، حيث إن شركة التأمين هى التى تتولى التعاقد مع الأطباء والمستشفيات والصيدليات ، وتتولى محاسبتهم مالياً .

ولكن من عيوب هذه الطريقة ارتفاع تكلفة الخدمة الطبية إلى درجة كبيرة ، وإن وثيقة التأمين لا تغطى أطقم الأسنان والنظارات والأطراف الصناعية ونفقات الوضع ، كما أن الإقامة فى المستشفيات تختلف باختلاف الدرجات المالية للعاملين .

٣ ـ نظام تقديم الخدمة الطبية عن طريق امتلاك عيادات ومستشفى وتعيين الأطباء والأخصائيين

لا يمكن اتباع هذه الطريقة إلا فى الشركات التى يوجد بها عدد كبير من العاملين (يزيد على ٥٠٠٠ عامل) ولذلك فإن الشركات التى تتبع هذا النظام قليلة العدد . ولنأخذ على سبيل المثال الشركة المصرية لغزل ونسج الصوف (بوليتكس) حيث تمتلك الشركة عيادة فى كل مصنع من مصانعها ، يعمل فيها طبيب ممارس عام . كما يوجد فى المركز الرئيسى مستشفى لعلاج العاملين ، وإجراء العمليات الجراحية ، وجميع الفحوص المعملية والفحوص بالأشعة ، وتوجد صيدلية لصرف الدواء ملحقة بالمستشفى . كما قامت الشركة بالتعاقد مع ٣٣ أخصائيًّا فى فروع الطب المختلفة منهم ٢٦ أخصائيًّا يتم التعامل معهم بالحالة ، و ٧ أخصائيين بمكافأة ثابتة . وتتميز هذه الطريقة بارتفاع تكلفة العلاج الطبى بالنسبة للمنتفع الواحد ، كما يتضح من البيانات الفعلية المستخرجة من دفاتر هذه الشركة ، حيث يبلغ إجمالى التكاليف ٧٠٢١٩ جنيهاً وذلك عن العام المنتهى فى ٣٠/٦/ ٦٦ ، بينما بلغ عدد العاملين ٥٥٤٢ عاملاً ، أى بمتوسط قدره ١٢,٧٤٢ للمنتفع الواحد . كما يبلغ متوسط نصيب المنتفع الواحد من الدواء خارج المستشفيات ٦,٦٤٠ جنيهات .

تكلفة العلاج

وقد قام بعض الأطباء المهتمين بشئون العلاج فى الشركات بعمل دراسة حول متوسط تكلفة علاج العامل الواحد عن عام ٦٥ /٦٦ فى بعض الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى ، وكذلك متوسط تكلفة المنتفع الواحد من الدواء خارج المستشفيات ، وذلك مقارنة بمتوسط تكلفة المنتفع الواحد فى التأمين الصحى .

ثانياً : تكلفة العلاج

يوضح الجدول التالى خلاصة الدراسة التى قام بها هؤلاء الأطباء عن العام ٦٥ / ٦٦ .

الجدول رقم ٣٥

رقم مسلسل	اسم الشركة	عدد العاملين	إجمالى تكاليف علاج العاملين عام ٦٥ /٦٦	متوسط نصيب العامل الواحد من التكاليف		تكاليف الدواء خارج المستشفى	متوسط نصيب العامل الواحد من تكلفة الدواء خارج المستشفى		ملاحظات
				مليم جنيه			مليم جنيه		
	الهيئة العامة للتأمين الصحى			٨,٠٦٧	١٠٠		٣,٠٣٠	١٠٠	
١	شركة السكر والتقطير المصرية	٤٥٠	١٠٣٩٨	٢٣,١٠٨	٢٨٦	٣٣٣٧	٧,٤١٥	٢٤٥	
٢	شركة مصر للفنادق	٧٨٠	١٥٣٠٨	١٩,٦٢٦	٢٤٣	٥٧٦٠	٧,٣٨٤	٢٤٤	
٣	شركة التعمير والمساكن الشعبية	٥٠	٩٤٣٠	١٨,٨٦٠	٢٣٤	٥٦٨١	١١,٤٠٨	٣٧٦	
٤	البنك المركزى	١٩٤٧	٣٥٠٤٦	١٨,٠٠٠	٢٢٣				
٥	الشركةالعامة للتجارةوالكيماويات	٩٤٦	١٦٢٠٨	١٦,٩٠٣	٢٠٩	٨٦٣٢	٩,١٢٥	٣٠١	
٦	البنك الأهلى المصرى	٢٠٦٠	٣٤٥٧٨	١٦,٧٨٥	٢٠٧	١٦٢٥٠	٧,٨٨٨	٢٦٠	
٧	شركة بيرة الأهرام	٦٠٦	٩٨٨٥	١٦,٣١٢	٢٠٢	٣٩٣٤	٦,٤٩١	٢١٤	
٨	شركة الطيران العربية المتحدة	٣٩٥٢	٦١٣١٢	١٥,٥١٤	١٩٢	٢٩٥١٥	٧,٤٦٨	٢٤٧	
٩	شركة النصر للتصدير والاستيراد	١٨٨٧	٢٨٨٩٦	١٥,٣١٣	١٨٥	١٢٥٠٠	٦,٦٢٤	٢١٨	
١٠	شركة مصر للسياحة	٨٣٣	١٢٤٤٠	١٤,٩٣٤	١٨٥	٧٣٢٤	٨,٧٩٢	٢٩٠	
١١	شركة المحاريث والهندسة	١٣٥٠	١٧٨٦٢	١٣,١٧٦	١٦٣	١٢٠٩٨	٨,٩٦١	٢٩٥	
١٢	شركة سينا للمنجنيز	٢٦٣١	٣٣٧٨٥	١٢,٨٤١	١٥٩	١٣١٥٢	٤,٩٩٦	١٦٢	
١٣	الشركة المصرية لغزل ونسيج الصوف (بوليتكس)	٥٥٤٢	٧٠٢١٩	١٢,٧٤٢	١٥٨	٣٦٨٠٠	٦,٦٤٠	٢١١	
١٤	الشركة الشرقية للدخان	٧٢٢٠	٧٢٣٠٧	١٠,٠١٤	١٢٣	٣١٨٣٧	٤,٤١٠	١٤٦	
١٥	شركةالترانزستور والكهرباءالمصرية	١١٧٦	١١٦٦٣	٩,٩١٧	١٢٢	٧٣٦٦	٦,٢٦٤	٢٠٧	
	متوسط عام	٣١٨٨٠	٤٣٩٣٣٧	١٣,٧٨٠	١٧١	١٩٤١٨٦	٦,٤٨٧	٢١٤	

ومن الجدول السابق يتضح أنه ، على نطاق الشركات التى شملتها الدراسة يزيد متوسط نصيب المنتفع الواحد من تكلفة العلاج الطبي عن المتوسط المقابل بالنسبة لتكلفة المنتفع فى الهيئة العامة للتأمين الصحى .

وتتفاوت نسبة الزيادة هذه بين ٢٢ ٪ فقط فى شركة الترانزستور والكهرباء المصرية إلى ١٨٦ ٪ كحد أقصى فى شركة السكر والتقطير .

كما بلغ الرقم القياسى للمتوسط العام بالنسبة إلى جميع هذه الشركات ١٧١٪ أى بزيادة قدرها ٧١ ٪ عن إجمالى التكلفة بالتأمين الصحى . فإذا علمنا أن عدد العاملين بالشركات التى تمت دراستها يبلغ ٣١٨٨٠ عاملاً بلغت تكاليف علاجهم ٤٣٩٣٣٧ جنيهاً ، فإنه يمكننا أن نستنتج أن الهيئة العامة للتأمين الصحى كانت تستطيع علاج هؤلاء العاملين بتكلفة أقل ، أو تستطيع علاج ٥٤٩١٧ عاملاً بدلاً من ٣١٨٨٠ بنفس المبالغ . ويعنى هذا أن تطبيق التأمين الصحى على مثل هذه الشركات لا يؤدى إلى إضافة أعباء جديدة على خزانة الدولة بل يؤدى إلى استغلال أفضل للمبالغ التى تنفق على خدمات علاج العاملين . وذلك بتمكين عدد أكبر من الاستفادة بهذه الخدمات .

ويكفى أن نشير فى هذا الصدد إلى الإسراف الواضح فى الدواء خارج المستشفيات ، حيث إن المتوسط بالنسبة إلى العامل الواحد يزيد عنه فى التأمين الصحى بنسبة ١١٤ ٪ ، وتصل هذه الزيادة فى شركة التعمير والمساكن الشعبية مثلاً إلى ٢٧٦ ٪ ، ومعنى هذا أيضاً أن تطبيق مشروع التأمين الصحى على مثل هذه الشركات يؤدى حتما إلى تخفيض الاستهلاك من الأدوية إلى أقل من نصف الاستهلاك الذى كان قائماً فى ظل الأنظمة السابقة . وهذا يتمشى مع سياسة الدولة فى محاربة الإسراف ، والحد من الاستهلاك فى جميع صوره وأشكاله ، كما أنه يسمح بتعميم الخدمات الطبية على العاملين ، لا فى الشركات فحسب ، ولكن أيضاً فى الإدارات الحكومية والهيئات والمؤسسات .

والآن ننتقل إلى دراسة بعض نماذج العلاج الطبي الذى كان يتمتع به العاملون فى الشركات .

الخدمة الطبية بشركة إسكو

تقوم الخدمات الطبية فى شركة « إسكو » بالإشراف على علاج ما يزيد عن ١٦,٠٠٠ عامل وموظف موزعين على ١٧ مصنعاً متناثراً بين شبرا الخيمة ومسطرد وبهتيم وقليوب وعلى ثلاثة مكاتب .

الخدمة الوقائية

لا يوجد طبيب متخصص فى طب الصناعات لتولى هذا الجانب من الخدمة الطبية بطريقة جدية . والتأمينات الاجتماعية لم تقم للآن بالكشف الطبى الدورى المهنى . وتنحصر الخدمة الوقائية حالياً فى الكشف الطبى المبدئى عند التعيين بالإضافة إلى قسم أمن صناعى من بعض الكيمائيين والمهندسين ومعاونيهم .

الخدمة العلاجية

يقوم الممارس العام بفحص المرضى فى العيادة يوماً بعد يوم (ثلاث عيادات أسبوعياً) وذلك أثناء الوردية الصباحية ، ويتم إعداد كشف المرضى قبل العيادة بيوم ما عدا الحالات الطارئة ، ولا تشجع الإدارة الطبية إعادة العرض قبل مرور ١٥ يوماً . وتتعاون فى ذلك إدارة المصنع ، والمشرفون ، والقاعدة الشعبية . وأهمية هذا النظام الحيلولة دون أن تطغى العناصر المتمارضة على المرضى الحقيقيين .

ويحول الممارس العام الحالات التى يرى داعياً لعرضها على الأخصائى إلى مستشفى الشركة ببهتيم . وكذلك الحالات التى تستدعى علاجاً داخلياً أو فحصاً معملياً أو أشعة إلخ ، ولكن ترسل العينات الروتينية إلى المعمل وحدها ، كما ترسل الروشتات لصيدلية المستشفى ليتم الصرف جماعياً ثم توزع الأدوية على المرضى عند وصولها إلى المصنع .

ويوجد الأخصائيون بمستشفى الشركة فى بهتيم . والمستشفى مكون من ٥٢ سريراً ، وقسم أشعة ومعمل كيماوى وبكتيريولوجى ، وغرفة عمليات كاملة ، وصيدلية إلخ .

أما فيما يتعلق بخدمة الطوارئ فيوجد ممرضون مرخصون بالمصانع يقومون بالإسعافات الأولية ، ولديهم اتصال تليفونى بسيارات إسعاف موجودة فى المستشفى. وفى المستشفى يوجد طبيب نوبتجى بحيث تتوفر الخدمة الطبية طوال النهار والليل مع ضمان خدمة الأخصائيين عند اللزوم .

وفيما يتعلق بمستوى المستشار الطبى تستعين الإدارة الطبية بهذا المستوى فى العيادات الخاصة وفى مستشفيات المؤسسة العلاجية لمحافظتى القاهرة والجيزة ، ومستشفى القوات المسلحة بالمعادى .

وحالات التدرن الرئوى تحال إلى مستشفى الأمراض الصدرية بالعباسية والمرج ، وبعد خروجها يتولى أخصائى الأمراض الباطنية بالشركة متابعتها .

وتحال حالات العلاج خارج الجمهورية إلى القومسيون الطبى بعد أخذ رأى المستشار الطبى .

القوة الطبية العاملة

تتكون قوة الأطباء والصيادلة من المستشار الطبى ، مدير الإدارة الطبية ، وكيل للمستشفى ، ثلاثة أطباء أخصائيين موظفين للأنف والأذن ، والأمراض الجلدية والتخدير ، أخصائيين زائرين للجراحة العامة ، المسالك البولية ، الأشعة ، التحاليل الطبية ، الرمد ، والأسنان .

ويتردد الأخصائيون الزائرون ثلاث مرات فى الأسبوع على العيادات بالمستشفى بعد الظهر بموجب العقد المبرم معهم ، ومقابل مكافأة شهرية ، وذلك عدا أخصائى المعمل والأشعة فيحضر كل منهما مرة فى الأسبوع أو عند الطلب

ويقوم المساعدون بالأعمال الروتينية باقى الوقت .

كما يوجد اثنان من الصيادلة أحدهما مدير مسئول .

وتتكون هيئة التمريض من ٢٧ شخصاً ، ومساعد معمل ، ومساعد أشعة ، و ٢١ فى الأعمال الكتابية ، و ٥٥ تومرجية وسائقين وجناينية إلخ .

حساب التكلفة للفرد

يلاحظ فى تكلفة العلاج أنه كلما استكملت الخدمة كانت التكلفة للفرد أقل . وتشمل الأرقام التى سنوردها علاج إصابات العمل .

	١٩٦٤ — ١٩٦٥	١٩٦٥ — ١٩٦٦	
استهلاك الدواء	٦,١٧٠	٣,٦٢٤	
علاج خارجى	٢,٩٠٠	٠,٠٩٢٧	
مصاريف المستشفى	٢,٢٧٠	١,٨٥٣	
المجموع بدون أجور	١١,٣٤٠	٥,٤٠٤	
أجور العاملين	٢,١٤٣	٢,٣٧٨	
المجموع شاملاً الأجور	١٣,٤٨٣	٧,٧٨٢	
مجموع عدد العاملين	١١,٥٠٠	١٦,٠٠٠	
أيام الغياب بسبب المرض	٩,٦	٩,٢	كأن الغياب تسبب فى إغلاق الشركة وتوقف العمل خلال هذه الأيام .
أيام الغياب بسبب إصابات العمل	١,٥	١,٤	
أيام العمل فى السنة	٢٩٨	٢٩٧	تكلفة اليوم الواحد (أجور) يساوى ٨٠٠٠ جنيه
نسبة الغياب (مرض وإصابات)	٪ ٣,٧٢	٪ ٣,٥٧	تكلفة التشغيل الإضافى المترتب على هذا الغياب يساوى ٣٥,٠٠٠ جنيه فى ٦٥/٦٦ (تقدير جزافى)

إصابات العمل

تؤدى الشركة للتأمينات الاجتماعية ¼ ٪ من الأجور فقط بحكم أنها تعالج الإصابات بجهازها الطبي الخاص (إجمالى الأجور فى الشركة — ٣ ملايين جنيه سنوياً) .

أسلوب العمل بين الأطباء

يراعى فى توزيع العمل على الأطباء أن يشتركوا سوياً فى الاهتمام بالحالات ، على أساس مساهمة علمية جماعية من الأخصائيين والمستشارين الطبيين . كما يراعى فى توزيع العمل تمكين بعض الأطباء من حضور دراسات عليا بإحدى الجامعتين . وهكذا من سنة لأخرى يزداد عدد المتخصصين ، ولكنهم يستمرون فى العمل كممارسين عامين إلى جانب عملهم فى فرع التخصص ، كما يستمرون فى تناوب المبيت بالمستشفى إن كان عدد الأطباء المقيمين لا يكفى لتكملة دورة النوبتجيات .

ويوجد فى المستشفى قومسيون طبي من ثلاثة أطباء يعقد ثلاث مرات فى الأسبوع للنظر فى الشكاوى التى ترسل لمكتب رئيس مجلس الإدارة .

الأجهزة التعويضية

بصرف النظر عن إصابات العمل تصرف الشركة بعض الأجهزة التعويضية مرة واحدة فقط بدون تكرار . وتغطى الشركة تكاليف الفحص المطلوب لعمل نظارة طبية ، وكذلك الإجازات التى قد تترتب على عمل النظارة ، ولكنها لا تتكفل بثمن النظارة .

الخدمة الطبية الجماعية

تمكنت الشركة خلال السنة المالية ٦٦ / ٦٧ من عمل مسح شامل لصدور العاملين بالمصانع ، كما أمكن تحديد فصائل الدم ، ونشر الوعى بأهمية التبرع بالدم . وبدأ القسم الطبي فى عمل دراسة عن الربو الشعبي فى صناعة القطن فى مصر .

الخدمات الطبية في شركة مصر للبترول

بدأت الخدمات الطبية منذ أكثر من أربعين عاماً فى جو من الصراع التقليدى بين صاحب العمل والعامل بالنسبة للخدمات الاجتماعية . وفى ظل ظروف العمل الصعبة فى حقول البترول اضطر صاحب العمل إلى توفير القدر الضرورى من الرعاية الطبية ، كما طالب غير العاملين فى حقول البترول بنصيبيهم من الرعاية الطبية . فقامت الشركة بإنشاء صندوق طبي للعاملين وعائلاتهم ، وساهمت فى تمويله إلى جانب اشتراكات الأعضاء . كما سمحت بقدر محدود من الخدمة الطبية فى أماكن العمل لم تتعد نطاق الإسعافات السريعة .

وسار الأمر على هذا المنوال لسنوات عديدة مع ارتفاع بطىء فى مستوى الخدمة الطبية حتى عام ١٩٤٦ ، الذى كان عام التطورات فى البلاد كلها ، بما فيها مجال صناعة البترول . ففى أوائل ذلك العام بدأت حركة عمالية فى حقول البترول كانت أهم مطالبها مزيداً من الرعاية الطبية . وقد حققت هذه الحركة ما أرادت بالنسبة إلى الخدمات بصفة عامة ، والرعاية الطبية بصفة خاصة . كما تطورت هذه الحركة سريعاً إلى تنظيم نقابى كان نواة للحركات النقابية فى مصر . وقويت حتى جمعت بين العاملين فى صناعة البترول والكيماويات فى البلاد العربية فيما يسمى الآن ، « اتحاد البترول العربى » .

وكان طبيعياً مع هذا التطور فى النشاط النقابى ، أن تتطور الخدمة الطبية ومستواها بما يكفل الاحتياجات الحقيقية للعاملين . وقد ساعد على ذلك عدة عوامل .

١ — صدور التشريعات الأولى الخاصة بالرعاية الطبية للعاملين فى أواخر الأربعينيات .

٢ – ما طرأ من تغير في مفهوم صاحب العمل بالنسبة للرعاية الطبية وأثرها في الإنتاج .

لذلك كله كانت الفترة بين عامى ١٩٤٦ ، ١٩٥٠ فترة تحول وتطوير للرعاية الطبية ، حتى تشمل النواحى العلاجية . واستمرت فيما تلاها من أعوام لتشمل بعض النواحى الوقائية ، والأمن الصناعى ، وأخطار التعرض المهنى ، وغيرها من أوجه الصحة الصناعية . وقد سايرت فى ذلك ما جد من تشريعات منذ تلك الفترة حتى الآن .

وقد انتظمت الخدمة الطبية بعد ذلك بما يتفق وظروف العمل ومكانه على الصورة التالية :

أولاً : خدمات العيادة الخارجية

١ – أطباء متفرغون معينون فى مناطق التجمعات الكبيرة يقومون بخدمات العيادة الخارجية فى عيادات بأماكن العمل ، مجهزة تجهيزاً كاملاً ، بما فى ذلك خدمات المعمل والأشعة ، وملحق بها صيدليات لصرف الدواء .

٢ – أطباء غير متفرغين (بالتعاقد) فى مناطق التجمعات المتوسطة يعملون فى عيادات بأماكن العمل .

٣ – أطباء يحال إليهم المرضى فى عياداتهم الخاصة ، وذلك فى مناطق التجمعات الصغيرة المنتشرة فى المحافظات المختلفة .

ثانياً : الخدمة على مستوى الأخصائيين والمستشفيات

تعاقدت الشركة فى أول الأمر مع بعض المستشفيات فى أماكن التجمعات الكبيرة بالقاهرة والإسكندرية لعلاج المرضى المحالين. وكانت أسس الاختيار كفاية العلاج ومستوى الخدمة. ولكن ظهرت أوجه النقص فى هذا النظام كما يلى :

١ – لم يكن العلاج دائماً على مستوى الأخصائى .

٢ — نظام التناوب بين الأخصائيين فى هذه المستشفيات لم يكن سليما بحيث أدى إلى تعذر متابعة المريض ، وتحديد تبعيته للأخصائى ، والحصول على تقارير طبية عن مرضه وعلاجه .

٣ — طول الإقامة بالمستشفى فى أحوال كثيرة دون ضرورة علاجية .

وأدى كل ذلك إلى إعادة النظر فى سياسة التعاقد مع المستشفيات ، واستقر الرأى على اختيار مجموعة من الأخصائيين فى الفروع المختلفة ، على أن يكون هناك أكثر من أخصائى فى كل فرع ، حتى يعطى للمريض فرصة الاختيار . ولهذا النظام مميزات واضحة خصوصاً بالنسبة إلى المرضى المحولين من المناطق للعلاج بالقاهرة ، وكذلك فيما يتعلق بالتكلفة وتوفير الوقت ومستوى الرعاية الطبية .

ونورد هنا الإحصائيات الخاصة بالقاهرة عن عام ١٩٦٦ :

عدد العاملين	٣٠٠٠
عدد الأطباء العاملين بالعيادات	٣
نسبة التردد	٤٪
متوسط تكلفة تذكرة الدواء	٤٠ قرشاً
متوسط للسن (ديسمبر ١٩٦٦)	٤٥سنة (٧١٪ بين٣٥و٦٠ سنة)
عدد حالات الأمراض المزمنة	٤٣٢حالة بنسبة ١٤٪ من العاملين

الإجازات المرضية

إصابات	٨٤٠ يوماً	المتوسط السنوى للفرد
أمراض مزمنة	٤٩٢٧ »	٧,٥ أيام فى السنة
إجازات وضع	٦٤٦ »	والنسبة المئوية لليوم ٢,٣ ٪
إجازات أخرى	١٤٦٨٢ »	
	٢١٠٩٥	

المحولون للأخصائيين

أسنان	٧٣٥
أشعة ومعمل	٦٧٠
حالات أخرى	١٤١١
المجموع	٢٨١٦

حالات دخول المستشفى ١٢٨

التكلفة ١٧ جنيهاً للفرد فى السنة .

وإلى جانب هذه الخدمة الطبية استمر نظام الصندوق الطبي الذى يؤدى فيه الأعضاء من العاملين اشتراكات شهرية بحد أقصى جنيه واحد للعضو وعائلته .

الأعضاء ٩٥٠ مع العائلات يصل المجموع إلى ٣,٥٠٠

مجموع الاشتراكات ٦,٧٠٠ ٥٥ ٪ من الصندوق

منحة الشركة ٥,٥٠٠ ٤٥ ٪ « «

مجموع الطلبات فى السنة ٢٠,٠٠٠

جملة مساهمة الصندوق ١٢,٥٠٠ حوالى ٦٠ ٪ من المطالبات .

هذه هى النقاط الرئيسية التى وردت فى تقرير الدكتور محمود سعيد مدير الإدارة الطبية فى شركة مصر للبترول ، وهى تعطى صورة واضحة عن أحد أشكال العلاج الطبي بالشركات التى لم يطبق فيها بعد العلاج الشامل على أساس تسعة جنيهات للفرد، والمطبق حالياً بالاتفاق مع المؤسسة العلاجية أو التأمين الصحى .

الخدمات الطبية فى المصانع الحربية[1]

بدأ العمل فى إنشاء المصانع الحربية سنة ١٩٥٢ من نواة صغيرة أخذت تتسع مع الزمن حتى بلغت حجماً كبيراً من حيث عدد المصانع ، وحجمها وتعدد أنواع الصناعة .

ولعل المصانع الحربية كانت التجربة الأولى التى مارستها الدولة فى تملك وإدارة وسائل الإنتاج . لذلك كانت المفاهيم التى أديرت على أساسها هذه المصانع تختلف كثيراً عن المفاهيم التى كانت سائدة فى ذلك الوقت .

لذلك فقد أنشئ الجهاز الطبى الذى يشرف على هذه المؤسسة منذ اللحظة الأولى التى بدأت فيها تجمعات العمال فى الظهور ، وذلك حتى قبل صدور القانون ٩١ لسنة ١٩٥٩ . وقد بدأت نواته الأولى سنة ١٩٥٣ ، ومن خلال التجربة الطويلة نسبياً لهذا الجهاز فى مجال الصناعة ظهر بوضوح أن الخدمات الطبية بنوعيها الوقائية والعلاجية ، يمكن أن يكون لها أثر كبير فى دفع عجلة الإنتاج إلى الأمام .

من خلال تجربة المصانع الحربية تأكدت النظرة الجديدة التى تعتبر أن العلاج الطبى فى قطاع الصناعة ، إلى جانب أنه جزء هام من الخدمات الاجتماعية عموماً يمتد دوره إلى عملية الإنتاج نفسها ، نظراً لأهميته فى صيانة وحماية قوة العمل البشرية ، وتمكينها من ممارسة وظائفها على أحسن صورة ممكنة .

ويمكن تلخيص الدور الهام الذى تلعبه الخدمات الطبية فى هذا المجال فى النقاط التالية :

١ — المحافظة على القوة البشرية وتدعيمها أثناء عملية الإنتاج ، وهى قوة

(١) دخلت هذه الخدمات تحت إشراف التأمين الصحى على أساس نظام العلاج الشامل فى أكتوبر ١٩٦٧ .

يصعب تعويضها نظراً لقيمة الحياة البشرية فى ذاتها ، والجهود الطويلة المبذولة فى تدوينها ، وإعطائها الخبرة اللازمة ، والتى لا يمكن تقديرها بالمال .

٢ - ضمان استمرار العمل ، وذلك بالوقاية من الأمراض قبل وقوعها ، وضمان شفائها عند حدوثها فى أقصر وقت ممكن ، فإن كل غياب عن العمل يمكن ترجمته إلى مال مبدد ، يحمل على تكلفة الإنتاج ، ويرفع من أسعار المنتجات ، ويقلل من الفائض والأرباح التى هى الدعامة الأولى لإعادة الاستثمار .

وهذا المفهوم هو الذى يجب أن يسود فى الدولة والقطاع العام عند تخطيط الخدمات الصحية وتقييمها .

طبيعة المصانع الحربية

تتميز المصانع الحربية بأنها لا تعمل فى نوع واحد من الصناعات كغيرها من المنشآت أو المؤسسات ، إذ أنها تشمل الصناعات المعدنية ، والهندسية والصناعات الكيمائية والكهربائية والإلكترونية ، وعديداً من الصناعات الثقيلة . كما أنها تضم أيضاً الصناعات الحربية المختلفة ، بأخطارها وحوادثها وتتميز أيضاً بأنها موزعة فى أماكن متفرقة ومتباعدة ، لا يجمعها موقع واحد .

فروع الخدمة الطبية

تتضمن الخدمات الطبية المقدمة فى المصانع الحربية ثلاثة أفرع أساسية هى :

١ - خدمات علاجية .

٢ - خدمات الصحة الوقائية والمهنية .

٣ - خدمات القومسيون .

١ ــ الخدمات العلاجية

(ا) **خدمة الممارس العام** التى تقدم فى موقع العمل نفسه؛ وتتضمن الكشف الطبي عند المرض ، ووصف ، وصرف الدواء ، ومنح الإجازات المرضية فى الحدود القانونية ، والتحويل على الأخصائيين ، وإجراء الجراحات الصغيرة التى تدخل فى حدود اختصاص الممارس العام ، وعمل الزيارة المنزلية .

ومعدلات هذه الخدمة تصل بحدها الأقصى إلى طبيب لكل ١٥٠٠ من العاملين ، على أن يتواجد فى كل مصنع طبيبان ، وذلك نظراً لطبيعة العمل ومخاطره ، التى تستلزم وجود طبيب بصفة دائمة طول وقت العمل ، بينما يخرج الطبيب الآخر لتنفيذ الزيارات المنزلية .

وجميع الممارسين معينون بالمصانع الحربية ، أما الدواء فيصرف من الصيدليات الموجودة فى كل مصنع .

(ب) **خدمة الأخصائيين**

وهى تقدم عن طريق جهاز مركزى يضم أخصائيين فى جميع فروع الطب ، بما فى ذلك الأسنان ، والأمراض النفسية والعقلية ، والأمراض الصدرية ، إلى جانب أجهزة الأشعة ، ومعمل للتحاليل الطبية ، وأجهزة للأشعة القصيرة ، وفوق البنفسجية ، وتحت الحمراء .

ومعظم الأخصائيين معينون بالمصانع الحربية ، فيما عدا عدداً بسيطاً يعمل بعقد بعد مواعيد العمل الرسمية .

أما الحالات ذات الطبيعة الخاصة أو الخطيرة ، فتعرض على مستشارين من أساتذة الجامعات ، أو من فى حكمهم ، بالفاتورة ، وذلك مثل حالات جراحة القلب والصدر ، وحالات العين والعظام الخطيرة .

(ح) خدمة المستشفيات

كانت تتم عن طريق مستشفيات المؤسسة العلاجية (هليوبوليس ، والجمهورية ، ومبرة المعادى) وذلك بالفاتورة أيضاً . وقد جرى العمل إلى وقت قريب على علاج بعض الحالات ذات الطبيعة الخاصة تحت إشراف أساتذة الجامعة فى مستشفى العجوزة ، أو مستشفى القوات المسلحة بالمعادى .

(د) الدواء

يتم التوزيع من مخزن مركزى يشرف عليه صيدلى ، وتوجد مخازن فرعية فى المصانع المختلفة وفى عيادة الأخصائيين . ويجرى صرف الدواء طبقاً لمعدلات قدرت بالنسبة لكل ألف من العاملين ، بعد دراسة من واقع التجربة الفعلية . وبذلك أمكن الارتباط بميزانية محددة للدواء .

يضاف إلى ما سبق أن الخدمات العلاجية تشمل التأهيل المهنى ، والعلاج الطبيعى بمركز التأهيل للمحاربين القدماء ومركز التأهيل التابع ليوم المستشفيات ، ويتم ذلك بالفاتورة . وتقدم الأجهزة التعويضية بصفة كاملة فى حالات إصابات العمل ، وبصفة جزئية بالنسبة للمرض العادى ، وتشمل أحزمة الفتق ، والأحزمة الساندة للظهر ، والياقات البلاستيك ، والأطراف الصناعية . وتدخل إصابات العمل ضمن العلاج ، إلى جانب الأمراض العادية . أما العلاج فى الخارج فيتم طبقاً للقوانين المنظمة لهذه العملية .

٢ ــ خدمات الصحة الوقائية والمهنية

الحقيقة أنه لا يوجد ضمن الخدمات الطبية المقدمة فى المصانع الحربية ، شأنها شأن المجالات الصناعية الأخرى ، ما يمكن أن يسمى بالخدمات الوقائية والمهنية ، إذا قصدنا بهذه التسمية المعنى الدقيق والشامل لها .

ولكن توجد مع ذلك بعض الخطوات التى يمكن أن ندخلها تحت هذا الباب .

لقد روعى أن يكون فى كل مصنع طبيب من الحاملين لدبلوم التخصص فى الصحة المهنية ، ويتم الكشف سنوياً على جميع العاملين بالأشعة عن طريق الأجهزة المختصة فى وزارة الصحة ، ويكشف إكلينيكياً وبالأشعة على عائلات مرضى الدرن ، ومن يثبت إصابته منهم يحول إلى مستشفيات وزارة الصحة ، كما تصرف وجبة غذاء و ½ كيلو لبن يومياً مجاناً للمصدورين حتى تستقر حالتهم .

يضاف إلى ما سبق بعض الإجراءات الأخرى مثل صرف ١½ كيلو لبن لبعض المهن ، والتطعيم السنوى ضد التيفود وعمل بعض الدراسات عن الأمراض المهنية .

وهكذا نرى أنه حتى فى المصانع الحربية لا توجد خدمات للصحة الوقائية والأمراض المهنية بالمعنى الصحيح .

٣ — خدمات القومسيون الطبى

أنشئ القومسيون الطبي للمصانع الحربية بمقتضى قرار وزارى حدد أيضاً اختصاصات هذا القومسيون التى تتلخص فيما يلى :

* الكشف الطبي على العاملين عند الدخول فى الخدمة .
* منح الإجازات المرضية الطويلة .
* منح الإجازات الاستثنائية بالأجر الكامل .
* مراجعة واعتماد فواتير العلاج .
* تقدير نسب العجز للمصابين أثناء العمل أو بسببه .
* تغيير المهنة والفصل من العمل لأسباب طبية .

الأطباء بالمصانع الحربية

استقرت النظم فى المصانع الحربية على تعيين جميع الأطباء على درجات ، طبقاً لأحكام قوانين التوظف ، فيما عدا خمسة أخصائيين يعملون بعقد بعد مواعيد العمل . وحتى سنة ١٩٦٤ كان يضاف إلى المرتبات المقررة قانوناً مكافأة ثابتة تتراوح بين ستة وخمسة عشر جنيهاً شهرياً ، طبقاً للدرجة .

ويتكون جهاز القومسيون من أطباء متفرغين مقابل١٥ جنيهاً شهرياً تضاف إلى مرتباتهم . أما الأطباء المعالجون فمسموح لهم بممارسة المهنة فى الخارج بعد مواعيد العمل ، وإن كانت القاعدة التى تطبق على الأطباء الجدد الذين عينوا ابتداء من سنة ١٩٦٤ هى التفرغ ، وبذلك أصبحت نسبة المتفرغين إلى غير المتفرغين فى الجهاز الطبى ككل ٤ : ٣ .

ومستوى العمل بالنسبة للأطباء لا يتعدى العيادة الخارجية ، سواء للممارس العام أو الأخصائى ، حيث إن العلاج فى المستشفيات يتم عن طريق المؤسسة العلاجية ، وتتاح لهم جميعاً فرص التدريب (ما عدا المعينين منذ سنتين) فقد أرسلوا فى بعثات تخصص فى الصحة المهنية ، والفروع الإكلينيكية المختلفة .

الإحصائيات والتكاليف

تبلغ تكلفة علاج الفرد بما فى ذلك إصابات العمل ٩ جنيهات سنوياً مقسمة كالآتى :

	مليم	جنيه
دواء خارج المستشفيات	٠٠٠	٣
علاج داخل المستشفيات	٢٠٠	٢
مصروفات أخرى (إيجار مبان سيارات ونور إلخ)	٥٠٠	
مرتبات العاملين	٣٠٠	٣

والأدوية تصرف كما ذكرنا طبقاً لمعدلات قدرت لكل ألف من العاملين ، ويخصص ممارس عام وأخصائى لكل ١٥٠٠ من العاملين بشرط تواجد طبيبين فى المصنع نظراً لخطورة الأعمال .

وتصل نسبة تبليغ المرضى فى عيادة الممارس العام إلى ٤ ٪ يومياً و إلى ١ ٪ يومياً فى عيادة الأخصائيين . أما الإجازات فهى ٨ أيام للعامل سنوياً فى المتوسط ، ويقدر الإنتاج المفقود بسبب الإجازات المرضية بنسبة ٢ ٪ من أجور العاملين ،، وتشمل هذه الإجازات إصابات العمل والأمراض العادية والإجازات المرضية الاستثنائية بالأجر الكامل تطبيقاً للقرار الجمهورى ١١٢ لسنة ١٩٦٣ .

المصاعب التى كانت تلاقيها الخدمات الطبية فى المصانع الحربية

أولا : بالنسبة إلى الخدمة الطبية المحلية :

١ — يؤدى عدم وجود مستشفى إلى افتقاد الجهاز الطبى عنصر التكامل مما يقلل من مدى أحكام السيطرة على العلاج فى مراحله المختلفة، فالملاحظ هو :

(ا) أن المستشفيات المتعاقد معها لا تقوم بتحديد معدلات للأسرة بالنسبة لإعداد المرضى المتعاقد معهم ، فهى تقبل جميع التعاقدات مما لا يضمن وجود سرير لكل مريض ، فيترتب على ذلك تأجيل علاج نسبة من المرضى لفترات متفاوتة الطول .

(ب) لأنه فى بعض الأحيان يعطى المرضى داخل المستشفيات علاجاً ، أو تجرى لهم عمليات لا ضرورة لإجرائها مما يسبب ارتفاع أجور العلاج داخل المستشفيات دون مبرر سليم .

(ج) أنه لا يمكن تتبع حالة المريض حيث إن العلاج الذى يجرى داخل المستشفى يتم بواسطة جهاز مختلف عن الجهاز المعالج خارج المستشفى ، خصوصاً وأن المستشفيات ترفض إرسال صور الأشعة ، وتقارير الأبحاث التى عملت للمريض رغم أن المصانع تدفع قيمتها وبذلك تصبح حقاً للمريض .

٢ – لم يتمكن الجهاز الطبي من تقديم خدمة الأخصائيين فى أماكن قريبة من محل العمل نظراً لتفرق المصانع من حيث الموقع الجغرافى ، هذا بالإضافة إلى أن العدد القليل نسبيًّا من المنتفعين يحول دون إنشاء أكثر من عيادة واحدة للأخصائيين منعاً لارتفاع تكلفة العلاج ارتفاعاً كبيراً .

ثانياً : بالنسبة إلى الأطباء :

١ – فرصة التدريب داخل المستشفيات منعدمة رغم حصول معظمهم على أكثر من دبلوم .

٢ – فرصة الترقية كانت قد وصلت إلى مرحلة الاختناق .

ثالثاً : بالنسبة إلى الدولة :

توجد طاقات وإمكانيات غير مستفاد بها ، سواء فيما يتعلق بالأجهزة أو القوى البشرية . ومن الأمثلة الواضحة على ذلك أجهزة الأشعة التشخيصية والجماعية ، وأجهزة معمل التحاليل الطبية ، إذ أن طاقتها أكبر بكثير من إعداد العاملين الذين خصصت لخدمتهم .

ويعتبر ذلك من أمثلة طاقات الإنتاج المعطلة ، فى الوقت الذى تعانى فيه جهات أخرى من نقص كبير فى الإمكانيات يؤدى إما إلى انخفاض مستوى الخدمة ، أو إلى شراء أجهزة جديدة بالعملة الصعبة وتحميل ميزان المدفوعات أعباء جديدة .

ونفس الظاهرة موجودة فيما يتعلق بالقصور فى الاستفادة من بعض الطاقات البشرية التى تزيد عن احتياجات المصانع الحربية مثل أخصائيي الجراحة والقلب والصدر وغيرهم .

هذا ملخص سريع لأسلوب تقديم الخدمات الطبية فى المصانع الحربية استقيناه من التقرير المقدم إلى لجنة الأطباء والإنتاج ، وهى إحدى لجان الدراسات النوعية التى شكلها مجلس نقابة الأطباء ، والتى عملت بانتظام إلى أن جاءت ظروف العدوان الأخير .

الفصل السادس

التأمين الصحى : أهدافه ووسائله

استغلال وسوء تنظيم

مرت عهود كان فيها العلاج الحر مسيطراً على الخدمة الطبية المقدمة للمواطنين ، ولم يكن فى استطاعة القطاع المجانى ، بإمكانياته المحدودة ومستوى خدماته المنخفضة أن يقف على قدميه فى مواجهة القطاع الخاص الذى خلق من العلاج والدواء « سلعة تباع وتشترى » .

لقد تعددت أوجه مزاولة المهنة ، وطرق الكسب ، من عيادات خاصة لا رقيب عليها ، إلى مستوصفات تعمل بأساليب تجارية ، إلى شركات تأمين ترتكن فى عملها على ميزانيات قوامها الربح والخسارة .

وفى نفس الوقت تمكن عدد من الأطباء ، عن طريق اتصالاتهم الواسعة بالمسئولين فى الشركات والهيئات ، أن يبرموا عشرات الاتفاقات مع هذه الشركات لعلاج آلاف العمال ، وأن يستغلوا فى هذا العمل الأطباء حديثى التخرج ، مقابل أجور زهيدة ، أو مقابل الخبرة والتجربة والشهرة التى يمكنهم الحصول عليها بالتدريج .

ودخلت المستشفيات الخاصة وإداراتها طرفاً آخر فى هذا الميدان ، فتعهدت بتقديم الخدمات الطبية للشركات والمؤسسات مقابل اتفاق عن كل منتفع ، بصرف النظر عن طاقة المستشفى . ونتج عن ذلك فى الإسكندرية مثلا أن أحد المستشفيات كان يتكفل بعلاج أكثر من خمسين ألفاً من المنتفعين ، يقوم على علاجهم أخصائى جراحة واحد ، وأخصائى رمد واحد ، وباطنى واحد ، من

الناحية الرسمية على الأقل، بينما فى الواقع كان يستغل هؤلاء الأخصائيون صغار الأطباء الذين يعملون معهم مقابل أن يفتحوا أمامهم أبواب النجاح فى المستقبل .

وقد أدى هذا الوضع الشاذ إلى عدة نتائج

أولا : تحمل بعض الأطباء أعباء تفوق طاقتهم ، مما أثر بشكل واضح على مستوى الخدمات الطبية التى كانوا يقدمونها للمواطنين ، وإلى إرهاق للأطباء أنفسهم . كما أدى إلى ظهور صور من الاحتكار للعمل الطبي بين أيدى فئة معينة، ومن الاستغلال المعيب الذى يتنافى مع طبيعة المهنة ، ومع الواجبات التى تفرضها على الطبيب إزاء مرضاه .

ثانياً : شارك كبار أساتذة كليات الطب فى هذا الوضع ، فأصبح مقياس النجاح عدد المرضى الذين يتوافدون على العيادات الخاصة . وأصبح الأساتذة يبذلون جهدهم الأساسى لعلاج سيل لا ينتهى من الحالات بصرف النظر عن مدى أهميتها أو خطورتها ، مما حال دون الاستفادة من خبرتهم ، ومن معلوماتهم حيث تدعو الحاجة إليها ، وتبديد جهودهم فى الحالات التى يستطيع أى طبيب ممارس عام أن يتولاها بكل كفاءة .

وكان لابد أن يكون كل هذا على حساب مستوى التعليم الطبي ، والبحث العلمى ، مما أدى إلى أن التطور فى هذه المجالات كان بطيئاً للغاية ، ولم يستطع أن يخلق مدرسة طليعية فى الطب بالمعنى الحقيقى لهذه الكلمة .

ثالثاً : العلاج والدواء سلعة يحصل عليها القادر ويحرم منها رقيق الحال ، مما أدى إلى عدم كفاية الخدمات الطبية المقدمة للشعب ، وسوء تنظيمها وتركها مجالا للاستغلال والتلاعب .

كما أدى إلى تعدد أنظمة العلاج ، وارتفاع تكاليفها ، وتنازع الجهات التى تشرف عليها ، وصعوبة التخطيط على أسس علمية سليمة ، تضع فى حسابها التوسع المطلوب فى الخدمات نتيجة التوسع فى التصنيع ، وضرورة الربط بين

الخدمات الوقائية التى صارت لها أهمية خاصة فى بلد يخطو خطوات سريعة لبناء صناعة حديثة ، وبين الخدمات العلاجية .

إن هذه المظاهر التى ارتبطت بفترة الممارسة الحرة الكاملة لمهنة الطب ، ما زالت لها جذور قوية حتى الآن . فالقطاع الخاص فى الطب ما زال يمثل جزءاً هاماً من الخدمات الطبية التى تقدم للشعب ، والتى لا يمكن الاستغناء عنه الآن ، قبل أن تتسع المشاريع الحكومية وتتدعم ، ويرتفع مستواها ، بحيث تستطيع أن تقدم خدمة طبية مناسبة لجميع المواطنين .

خطوات على الطريق

لقد كان القطاع المجانى لوزارة الصحة هو القاعدة الأولى والأساسية التى حاولت منها الدولة التغلب على هذا الوضع . ثم جاءت المؤسسات العلاجية خطوة ثانية للتغلغل داخل القطاع الحر ، والسيطرة عليه من الداخل ، وفرض النظم التى تحد من غلوائه ، وأخذت تتولى شئون الشركات على نطاق يتسع مع الأيام ، لتحل محل الأنظمة العلاجية المتباينة التى كانت سائدة فيها ، ثم لتطورها على أساس نظام التعاقد الشامل .

ولكن التأمين الصحى ، دون كل النظم ، هو الذى يفتح الآفاق عريضة لخلق نظام شامل للخدمات الصحية ، وللقضاء على بقايا الاستغلال فى المهنة الطبية ، وتحقيق نظام عادل وكفء من الخدمة الطبية ، يستطيع كل المواطنين أن يستفيدوا منه دون استثناء .

ومن هنا تنبع الأهمية القصوى لمشروع التأمين الصحى ، الذى يمثل فى الواقع مشروع المستقبل ، والأمل الذى تتطلع إليه جماهير الشعب لتحقيق ذلك الحلم الأبدى الذى راود الإنسان منذ العصور الأولى : « حياة بلا مرض » .

إلى أين ؟

تعرضنا فى الفصول السابقة إلى الخدمة المجانية التى تقدمها وزارة الصحة ، ثم خصصنا فصلا طويلا لدراسة نظم المؤسسة العلاجية ومستشفياتها ، وطبيعة الدور الذى تقوم به ، وأخيراً تناولنا بعض نماذج للأنظمة العلاجية التى كانت أو ما زالت مطبقة فى الشركات .

ومن المقدر بالطبع أن يحل التأمين الصحى محل الخدمات الطبية التى تقدمها المؤسسات العلاجية والشركات فإن كل هذه النظم المتباينة ستذوب فى التأمين الصحى الذى سيرث أعمالها جميعاً .

وهذا يعنى أن نظام الشركات والمؤسسة العلاجية ستختفى منه كل صور التفرقة الطبقية فى العلاج ، لتنصهر فى إطار موحد ، يحقق جزءاً هاماً من أهداف العدالة الاجتماعية فى تقديم الخدمة الطبية ، ولتمهد الطريق للعدالة الكاملة ، عندما يتحقق تأميم الطب .

إن مشروع التأمين الصحى يعتمد على العلم وعلى التخطيط ، ولذلك فلم يوضع تلقائياً أو من وحى الساعة ، وإنما كان ثمرة تفكير ارتبط بالتطورات الاقتصادية والاجتماعية فى بلادنا ، وأساساً بالتصنيع المعتمد على إقامة قطاع عام قادر وقوى ، وما يترتب على ذلك من تعدد المصانع ، ونشوء مناطق صناعية تضم آلافاً ، بل مئات الألوف من العمال ، وتضاعفت المدن فى حجمها وعدد سكانها ، وتبع ذلك من ضرورة توفير فرص متكافئة فى الوقاية من الأمراض وعلاجها ، حتى تسير الخدمات الصحية جنباً إلى جنب مع تقدم البلاد الاقتصادى والاجتماعى ، وحتى يمكنها أن تلعب دورها فى الحفاظ على القوة البشرية المنتجة ، وأن توفر لها أفضل الظروف الممكنة للعمل والإنتاج .

والتأمين الصحى إذن مشروع ثورى قضى على كثير من المفاهيم القديمة فى حقل الخدمات الطبية ، وخلق أفكاراً جديدة تسمح بتطوير النظم تطويراً شاملا

وعميقاً ، بحيث أصبح علاج الشعب العامل هو الغرض الأسمى لكل خطة طبية ، وبحيث تحتل الوقاية من الأمراض الصناعية جزءاً متزايداً من تفكير وجهود القائمين على شئون الطب فى المدن .

لذلك يحق لجموع الشعب ويحق لجموع العاملين فى الخدمات الصحية أن تسعى إلى تنفيذ هذا المشروع الضخم على أوسع نطاق ممكن .

خطوط عريضة

إن الشق الثانى من الخطة الصحية التى تمخضت عن قرارات يوليو سنة ١٩٦١ ، بعد مشروع الوحدات الصحية لخدمة العاملين فى الريف ، هو التأمين الصحى لخدمة العاملين فى الحكومة ، والهيئات ، والمؤسسات العامة ، والعاملين فى الشركات الذين يخضعون لقانون التأمينات الاجتماعية . وهؤلاء يكونون نحو ٢,٥مليون من المواطنين (عدد العاملين الإجمالى فى الجهات المختلفة٣,٦٠٠,٠٠٠ تقريباً) ومن المفروض أن يطبق قانون التأمين الصحى على أسر العاملين أيضاً ، إلا أن الإمكانيات الحالية لاتسمح سوى بالتطبيق تدريجيًّا على العاملين أنفسهم.

لقد صدر قانون التأمين الصحى الخاص بالعاملين فى الحكومة ، وهيئات الإدارة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة بالقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ . ونصت المادة الأولى منه على أن يتمتع بالتأمين الصحى جميع العاملين فى المجالات المذكورة ، وبينت المادة الثانية مدلول التأمين الصحى ، وأنواع العلاج والرعاية الطبية التى يقدمها للمنتفعين به ، كما ألزمت المادة الثالثة هيئة التأمين الصحى بتحمل مصاريف انتقال المؤمن عليه من مكان عمله ، أو إقامته ، إلى المكان المخصص للعلاج ، طبقاً لما تقضى به القواعد ، وبينت المادة الرابعة أن التأمين إلزامى ، وأوضحت الموارد التى تكون المصادر المالية لمشروع التأمين ، ونظمت المادة الثانية علاقة الهيئة العامة للتأمين الصحى بالهيئات والمؤسسات التى تمتلك مستشفيات مخصصة لعلاج العاملين فيها ، ونص القانون أيضاً على إنشاء هيئة

عامة مقرها مدينة القاهرة ، ولها فروع فى المحافظات .

وحيث إن الجهة المشرفة على التأمين الصحى لم تكن قد توحدت عند إصدار القانون ، كان قد تقرر أن تشرف هيئتان على هذا المشروع : الهيئة العامة للتأمين الصحى وهى التى تختص بتطبيق النظام على العاملين فى الحكومة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، وأرباب المعاشات ، بينما تقوم الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية بتطبيق التأمين الصحى على العاملين الخاضعين لقانون التأمينات الاجتماعية .

ورغبة فى التنسيق بين نشاط الهيئتين ، ورسم سياسة موحدة لتنفيذ التأمين الصحى ، صدر القرار الجمهورى بإنشاء المجلس الأعلى للتأمين الصحى على أن يختص هذا المجلس برسم سياسة التأمين الصحى .

ولذلك أعطيت لقراراته صفة الإلزام ، واتفق على أن من واجباته وضع الحدود الدنيا لمستويات مختلف خدمات الرعاية الطبية للمؤمن عليهم ، ووضع خطة لتوفير المستشفيات ، والعيادات الشاملة ، وتنسيق استخدامها ، مما يكفل تأدية الخدمات الطبية للمؤمن عليهم طبقاً لبرنامج زمنى محدد ، كما يضع هذا المجلس الحدين الأعلى والأدنى للرسوم التى يؤديها المؤمن عليهم والتى ينص عليها القانون.

وكان لابد أيضاً من تحديد العلاقة بين التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية كما سبق أن ذكرنا ، ولذلك أوضحت المذكرة التفسيرية المقدمة بشأن إنشاء مؤسسات علاجية فى المحافظات ، والتى صدر بها رار من رئيس الجمهورية تحت رقم ١٢١٠ لسنة ١٩٦٤ أوضحت أن نجاح مشروع التأمين الصحى يتوقف أساساً على كفاية الأجهزة العلاجية ، وهذه الأجهزة ستكون نواتها المستشفيات المملوكة للقطاع الخاص ، والتى وضعت تحت سلطة ورقابة الدولة عن طريق إنشاء المؤسسات العلاجية ، لتكون الأجهزة الموجهة للمستشفيات الخاصة المؤمنة ، والمشرفة عليها .

وبذلك كان إنشاء المؤسسات العلاجية نتيجة حتمية للتفكير فى تنفيذ مشروع التأمين الصحى .

أول محافظة

وقد اختيرت الإسكندرية لتكون المحافظة الأولى لبداية تنفيذ مشروع التأمين الصحى اعتباراً من أول أكتوبر سنة ١٩٦٤ ، بناء على الدراسات ، والبيانات ، والإحصاءات التى تمت مبكراً ، والتى بينت أن الظروف اللازمة للتطبيق متوفرة فى الإسكندرية من حيث الإمكانيات المادية : (مستشفيات ، أسرة ، أجهزة إلخ) والبشرية : (أطباء أخصائيون ، هيئة تمريض ، مساعدون فنيون) ومن حيث استعداد المنتفعين ومدى وعيهم . وقد كان عدد المنتفعين الخاضعين للتأمينات الاجتماعية آنذاك ٢٥٠,٠٠٠ تقريباً .

كان التشريع الخاص بالتأمين الصحى مكتملا إلى حد كبير ، ولكن المشكلة الأساسية كانت تكمن فى التطبيق ، وفى قدرة الهيئات المشتركة ، وهم المنتفعون أنفسهم ، والعاملون فى المشروع ، ثم الجهات المشرفة ، على التعاون للارتفاع بالتطبيق إلى مستوى التشريع ، وعلى إخضاع الجميع لمعايير موحدة وخدمة طبية شاملة ، وهى الهدف الأساسى من هذا المشروع المبنى على قيم العدالة الاجتماعية .

سياسة الدولة

لقد حدد الميثاق الوطنى السياسة العامة للشئون الصحية فى الجمهورية العربية المتحدة فى الباب السابع « الإنتاج والمجتمع » .

« إن تكافؤ الفرص ، وهو التعبير عن الحرية الاجتماعية ، يمكن تحديده فى حقوق أساسية لكل مواطن ينبغى تكريس الجهود لتحقيقها » .

« حق كل مواطن فى الرعاية الصحية ، بحيث لا تصبح هذه الرعاية ،

علاجاً ودواء ، مجرد سلعة تباع وتشترى ، وإنما تصبح حقاً مكفولا غير مشروط بثمن مادى . ولابد أن تكون هذه الرعاية فى متناول كل مواطن ، فى كل ركن من الوطن ، وفى ظروف ميسرة وقادرة على الخدمة » .

« ولابد من التوسع فى التأمين الصحى حتى يظل بحمايته كل جموع المواطنين» .

« إن التأمينات ضد الشيخوخة ، وضد المرض ، لابد من توسيع نطاقها بحيث تصبح مظلة واقية للذين أدوا دورهم فى النضال الوطنى ، وجاء الوقت الذى يجب أن يضمنوا فيه حقهم فى الراحة المكفولة بالضمان » .

« والتأمين الصحى هو أحد الفروع الرئيسية للتأمينات الاجتماعية ، وهو يهدف إلى حماية الأفراد من الخسائر المادية الناشئة عن تعرضهم للأمراض والإصابات ، بل وأكثر من ذلك هو يهدف إلى وقايتهم من المرض » .

وقد عنيت الحكومة بالتأمينات الاجتماعية تحقيقاً لمبادئ العدالة الاجتماعية . وتدخلت لأول مرة لحماية الطبقة العاملة من الخسائر المادية الناشئة عن المرض عام ١٩٥٩ ، حين صدر قانون العمل رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ الذى تعرض لمشكلة العلاج فى المادة ٦٥ ، حيث أوجب على أرباب الأعمال ، بالنسبة للمنشآت التى يعمل بها خمسمائة عامل فأكثر ، ضرورة توفير وسائل العلاج الطبى ، بما فيها خدمات الأخصائيين ، والعمليات الجراحية ، والأدوية ، طبقاً للأوضاع التى يصدر بها قرار من وزير العمل بالاتفاق مع وزير الصحة .

أما بالنسبة للمنشآت التى يتراوح عدد العاملين بها بين ١٠٠ عامل و ٤٩٩ عاملا ، فقد أوجب على أرباب الأعمال ضرورة توفير الخدمة الطبية على مستوى الممارس العام ، وأن يعهد إلى طبيب لعلاج العاملين ، وأن يقدم لهم الأدوية اللازمة للعلاج .

وفى المنشآت التى يقل عدد العاملين فيها عن مائة عامل فلم ينص التشريع إلا على توفير وسائل الإسعاف فى المنشأة فقط .

كما أعطى القانون الحق للعامل فى الحصول على إجازات مرضية قدرها ١٨٠ يوماً متصلا أو مائتى يوم متفرقة ، يصرف للمريض خلالها ٧٠ ٪ من الأجر

عن التسعين يوماً الأولى ثم ٨٠٪ من الأجر عن التسعين يوماً التالية .

وجدير بالذكر أن القانون رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ قد صدر قبل قوانين يوليو عام ١٩٦١ . ولا شك فى أن هذا التشريع كان خطوة فى سبيل نقل عبء وتكاليف العلاج الطبى ، بالنسبة إلى العاملين فى المنشآت التى يزيد عددهم فيها عن ٥٠٠ عامل ، من على عاتق العاملين أنفسهم إلى عاتق صاحب العمل .

ولكن شاب هذا النظام عديد من العيوب من المهم أن نتعرض لبعضها بشكل سريع . أولها أنه لم ينظر إلى الطبقة العاملة نظرة واحدة . وبرز هذا التناقض واضحاً بعد قوانين يوليو ١٩٦١ التى أدت إلى التفكير الجدى فى تطبيق التأمين الصحى ، لا على الطبقة العاملة وحدها ، بل على أسر العاملين والشعب كله تدريجياً .

وثانياً : طبقت أنواع مختلفة من الخدمات الصحية يمكن تلخيصها فى :

١ — نظام المؤسسة العماليةه نظير تكلفة شاملة من ٢ — ٤ جنيهات للفرد .

٢ — تعاقد مع ممارس عام وتعاقد مع الأخصائيين أيضاً .

٣ — تعيين ممارس عام وتعاقد مع أخصائيين ، أو تعيين بعضهم والتعاقد مع الباقين .

٤ — تعاقد مع شركات تأمين نظير من ٥ — ٧,٥ جنيهات أو تعاقد مع مستشفيات .

وكانت لهذه الأنظمة عيوب عديدة ، منها أن أساس التعامل كانت تحكمه الاعتبارات التجارية بصرف النظر عن التكاليف ، التى كانت تتراوح ما بين ٩ و ٢٤ جنيهاً للفرد ، وبصرف النظر عن مستوى الخدمة (زحام المستشفيات ، قوائم الانتظار ، احتكار عدد قليل من الأخصائيين للعمل ، تفرقة فى المعاملة حسب المستوى الاجتماعى للمريض إلخ) هذا فضلا عن مختلف صور الغش والفساد . (مثل بيع الأدوية ، إجازات مرضية مقابل رشوة ، مجاملات من بعض الأطباء بهدف توثيق علاقاتهم بالمسئولين فى الشركات ، أو جرياً وراء النجاح الانتخابى إلخ . . .)

يضاف إلى ذلك أنها كانت تؤدى إلى وجود طاقات فائضة فى بعض القطاعات ، تقابلها طاقات ناقصة فى قطاعات أخرى ، وإلى تعدد مستويات العلاج بطريقة تهدد المساواة الواجبة فى القطاع العام ، وإلى عدم القدرة على التحكم فى مراحل العلاج المختلفة ، وإلى صعوبة الرقابة وإيجاد معدلات واضحة للأداء والتكلفة ، وإلى ما هو أهم وأخطر من كل هذا ، استحالة رسم خطة موحدة شاملة للعلاج والوقاية من الأمراض فى المدن ، وأساساً فى المجالات الصناعية .

لذلك كان لابد من البحث عن أسلوب آخر لتنظيم الخدمات الطبية للعاملين فى الدولة والقطاع العام .

أسس التأمين الصحى

إن توزيع مشروع التأمين الصحى ، وقانون إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحى ، وقانون إنشاء المؤسسات العلاجية ، وكذلك نشر تفاصيل تطبيق المشروع على أوسع نطاق ممكن بين الهيئات المختلفة المعنية بأمر العلاج هى مسألة ضرورية بل حيوية فى نجاح المشروع . إن العمل الوطنى على أساس الخطة ، لا بد أن يكون محدداً أمام أجهزة الإنتاج على جميع مستوياتها ، بل إن مسئولية كل فرد فى هذا العمل يجب أن تكون واضحة أمامه ، حتى يستطيع أن يعرف فى كل وقت من الأوقات مكانه من العمل الوطنى .

وقد كانت العناصر الرئيسية فى المشروع الذى أعدته وزارة الصحة مركزة فى النقاط التالية :

١ ــ الهيئات المنتفعة وتتكون من الآتى

* الموظفون والعمال العاملون فى الحكومة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، الخاضعون لنظام التأمين والمعاشات ، وكذلك العاملون فى الشركات

الذين يخضعون لقانون التأمينات الاجتماعية .

* أسر الموظفين والعمال ، وتضم تدريجياً عندما تسمح الإمكانيات بذلك .
* أى فئات أخرى يرى التأمين الصحى أن يشملها .

٢ – الغرض من المشروع

* علاج المؤمن عليهم فى حالة المرض والإصابة .
* علاج إصابات العمل التى تنتج أثناء العمل أو بسببه .
* رعاية العاملات فى حالتى الحمل والوضع .

٣ – وسائل المشروع

* الأسرة : توفير أربعة أسرة لكل ألف منتفع ، ويتم العلاج فى مستشفيات معدة للمشروع ، أو فى أقسام تخصص له فى المستشفيات غير الحكومية ، أو فى أقسام تخصص داخل المستشفيات الحكومية عند الضرورة .

وتكون الإقامة فى المستشفيات فى مستوى موحد للمؤمن عليهم ، كما تتم إحالة المريض للمستشفى بمعرفة الطبيب الأخصائى .

الأطباء : ممارسون عموميون ويختارون من بين الأطباء الحكوميين باعتبار أنهم مطلوبون للعمل طول الوقت ، ويكونون من الأطباء الذين أمضوا سنة الامتياز ، وزاولوا مهنة الطب مدة ثلاث سنوات على الأقل .

أخصائيون وقد يختارون من بين الأطباء الحكوميين على أساس إمكان الاستفادة بهم فى المشروع جزءاً من اليوم ، دون أن يطغى ذلك على عملهم الأصلى . وذلك إلى أن تتوفر الأعداد التى تكفى لتطبيق مبدأ التفرغ للمشروع .

الاستشاريون الذين تحول إليهم الحالات بواسطة الأخصائى عندما يرى ضرورة أخذ رأى أحد كبار الأطباء . وتوضع قوائم بالاستشاريين الذين يعملون فى المشروع .

وقد وضع المشروع أيضاً خطة خاصة لسد النقص الذى يواجهه فى مراحل تنفيذه الأولى ، بالذات من حيث سوء توزيع الأطباء ، وإعداد الأخصائيين فى الفروع المختلفة ، وتخريج العدد اللازم من المساعدين الفنيين وأعضاء هيئة التمريض .

وحدد أماكن العلاج للحميات ، والأمراض العقلية ، والدرن الرئوى ، على أن تكون فى المستشفيات الحكومية بالدرجة الثانية ، كما حدد الفحوص المعملية ، والأشعات من ناحية اللوائح المنظمة لها ، وأنواع الفحوص وأماكن إجرائها .

وأكمل المشروع نواحى العلاج الأخرى المتعلقة بالتأهيل الطبى ، والرعاية الطبية المنزلية ، والأجهزة التعويضية ، وتوفير الدواء .

٤ ــ التمويل :

يصبح التأمين إلزامياً بالنسبة للفئة التى يتقرر انتفاعها بالمشروع ، ويسهم فى تمويل المشروع المنتفعون من الموظفين والعمال :

ــ أصحاب الأعمال .

ــ الحكومة بصفتها صاحبة عمل ، وبصفتها الدولة المسئولة عن الصحة العامة .

وعند إصدار القانون قدرت الخدمة الطبية للفرد فى السنة خارج وداخل المستشفى بمبلغ ٧ جنيهات .

٥ ــ الشكل التنظيمى لأجهزة المشروع :

كانت فى الأول تتكون من المجلس الأعلى للتأمين الصحى الذى يشرف على الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ، (للعاملين بالشركات) والهيئة العامة للتأمين الصحى للعاملين فى الحكومة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، وعمل هذه الهيئة هو الإشراف والتنسيق والتمويل والتنفيذ .

وفيما بعد اقتصر على تكوين المجلس الأعلى للخدمات الصحية مع إلغاء المجلس الأعلى للتأمين الصحى ، وتمثيله فى الهيئة الجديدة ، ووضع أعمال هيئة التأمينات الاجتماعية المتعلقة بالتأمين الصحى على العاملين فى الشركات تحت

إشراف الهيئة العامة للتأمين الصحى بهدف توحيد جهة الإشراف .

ويتميز التأمين الصحى عن سائر فروع التأمينات الاجتماعية الأخرى بأنه يتناول مشكلة تخص الشعب بأسره . ومن ثم فإن طبيعة الأهداف التى وضعناها نصب أعيننا تحتم علينا أن يكون الهدف الأسمى فى هذا الميدان هو شمول التأمين الصحى لجميع المواطنين ، حتى لا تكون حالة الفرد المادية سبباً فى عدم حصوله على العلاج المناسب عند تعرضه للمرض أو الإصابة .

وهذا يبين بوضوح حقيقة الدور الإنسانى الذى يجب أن يقوم به التأمين الصحى حتى تصبح الرعاية الصحية حقاً مكفولا لكل المواطنين فى جميع أنحاء الوطن .

لهذه الأسباب مجتمعة صدرت التشريعات الخاصة بالتأمين الصحى والتى يمكن تلخيصها فيما يلى :

أولا : قانون التأمينات الاجتماعية الصادر بالقانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤

لقد وردت المواد الخاصة بالتأمين الصحى فى الباب الخامس من القانون وتتجسد أهم أحكامه فى البنود التالية :

١ — المؤمن عليهم :

تسرى أحكام قانون التأمينات الاجتماعية عموماً بما فيها التأمين الصحى عندما يتم سريانه على جميع العاملين فيما عدا الفئات الآتية :

(ا) العاملون فى الحكومة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، ووحدات الإدارة المحلية ، وهؤلاء يخضعون لأحكام قانون التأمين الصحى رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ .

(ب) العاملون فى الزراعة وخدم المنازل ، وهؤلاء يجوز إخضاعهم لقانون التأمين الصحى بقرار من رئيس الجمهورية ، بناء على اقتراح من وزير الصحة ، وبعد موافقة مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحى .

٢ ــ الاشتراكات

يعتمد تمويل التأمين الصحى على مصدرين رئيسيين ، هما العمال وأصحاب الأعمال . إذ يلتزم صاحب العمل (القطاع العام فى أغلب الأحيان) بدفع ٤ ٪ من أجور العمال الذين يعملون لديه ، كما يلتزم أيضاً باستقطاع ١ ٪ من أجر كل عامل ، أى أن العامل يتحمل ١ ٪ من أجره ، كما أن العامل يلتزم أيضاً بتأدية رسوم معينة طبقاً للشروط التى يصدر بها قرار من وزير الصحة .

٣ ــ المزايا

تشمل الخدمات الطبية التى يحصل عليها المنتفعون ما يلى :

(أ) العلاج الطبى خارج المستشفيات وداخلها

* الخدمات الطبية التى يؤديها الممارس العام .
* الخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين ، بما فيها أخصائى الأسنان .
* الرعاية الطبية المنزلية .
* العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى .
* صور الأشعة ، والبحوث الطبية ، والمعملية اللازمة .
* الولادة .
* صرف الأدوية اللازمة .
* توفير الخدمات التأهيلية لمن يتخلف لديه عجز ، وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية والتعويضية .

(ب) التعويض النقدى

فى حالة عجز العامل عجزاً مؤقتاً عن العمل بسبب المرض تؤدى له هيئة التأمينات الاجتماعية إعانة مقدارها ٧٥ ٪ من أجره اليومى المسدد عنه الاشتراك

لمدة ٩٠ يوماً ، ويشترط ألا تقل هذه المعونة عن الحد الأدنى للأجر ، تزداد بعدها إلى ٨٥ ٪ من أجر العامل ، ويستمر صرف هذه المعونة طوال مدة مرضه ، أو إلى أن يثبت عجزه عجزاً دائماً عن العمل أو حدوث الوفاة . ويشترط ألا تتجاوز مدة صرف هذه المعونة ١٨٠ يوماً فى السنة الميلادية الواحدة . واستثناء من هذا النص يمنح العامل المريض بالدرن ، أو الجذام ، أو بمرض عقلى ، أو بأحد الأمراض المزمنة معونة مالية تعادل أجره كاملا طوال مدة مرضه ، إلى أن يشفى أو تستقر حالته ، بحيث يمكنه العودة إلى مباشرة عمله ، أو يتبين عجزه عجزاً كاملا .

وتحدد الأمراض المزمنة بقرار من وزير العمل بالاتفاق مع وزير الصحة .

ثانياً : القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤

يتعلق هذا القانون بالعاملين فى الحكومة ، وهيئات الإدارة المحلية ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة .

ولا تختلف المزايا التى وردت بهذا التشريع عن المزايا التى أشرنا إليها فى القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ ، إلا فيما يتعلق بالمعونة النقدية الخاصة بحالة العجز المؤقت عن العمل ، وبسبب المرض أو الإصابة ، إذ لم يتعرض لها هذا التشريع نظراً لإمكان حصول العاملين فى هذا القطاع على الإجازات المرضية طبقاً للنظام الخاص بهم .

ويتم تمويل هذا التأمين عن طريق اشتراكات المؤمن عليهم بواقع ١ ٪ من المرتب أو الأجر بما فيه إعانة الغلاء ، واشتراك رب العمل (الجهة أو الحكومة أو الهيئة أو المؤسسة) بواقع ٣ ٪ وذلك إلى جانب الإعانات ، والهبات ، والرسوم التى يدفعها المؤمن عليهم .

وتعفى أموال التأمين الصحى من رسوم الدمغة والضرائب ، كما يجوز للمجلس الأعلى للخدمات الصحية إعفاء بعض صغار العاملين من دفع رسم الاشتراك والرسوم الأخرى .

ولهيئة التأمين الصحي أن تتعاقد مع المستشفيات والصيدليات العامة ، ويحدد وزير الصحة الجهات التي ينفذ فيها التأمين الصحي ، ويكون التأمين الصحي إلزاميا حتى ولو كانت الجهة التي سيطبق فيها مرتبطة بنظام آخر للخدمات الطبية كانت تنفذه .

وهناك عدة نقاط تميز التأمين الصحي عن الأحكام التي وردت فى قانون العمل رقم ٩١ لسنة ١٩٥٩ والخاصة بالرعاية الطبية .

فتشريعات التأمين الصحي نظرت إلى جميع العاملين فى الدولة نظرة واحدة لا فرق بين من يعمل فى الحكومة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، ومن يعمل فى الشركات بقطاعيها العام والخاص. وبالنسبة للمنتفعين فى الشركات فإن التأمين الصحي لم يفرق بين العاملين فى الشركات الكبيرة ، وبين الشركات الصغيرة ، فقد ساوى بين جميع العاملين فكان من الظلم أن تتمتع فئة واحدة بالعلاج ، وهى فئة العاملين بالمنشآت التى بها ٥٠٠ عامل فأكثر ، وتحرم باقى الفئات من هذه الرعاية .

كما أن التأمين الصحي يفوق النظم السابقة فى أنه حدد عناصر الخدمة تحديداً فنياً دقيقاً ، يمتد من أول خدمة الطبيب الممارس العام إلى خدمة الأخصائى ، إلى المستشفيات ، إلى الأجهزة التعويضية كالنظارات ، أو أطقم الأسنان ، وهى من الأمور التى لم ينص عليها قانون العمل . ومن ناحية أخرى نرى أن التأمين الصحي يسير فى اختياره للأطباء على مبدأ تكافؤ الفرص ، لأن الأطباء يتم اختيارهم طبقاً لشروط موحدة ، ويلعب دوراً فى تخفيض تكاليف العلاج ، وتوحيد معدلاته .

إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحي

يتضح مما سبق أن الخلاف بين تشريعى التأمين الصحي والتأمينات الاجتماعية لم يكن قائماً لخلاف فى طبيعة المهمة الخاصة بكل منهما ، ولكن هذا

الخلاف يتعلق بالهيئة التى كانت ستقوم بالتنفيذ ، والأفراد الذين يطبق عليهم كل تشريع . فإن الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية كانت ستقوم بتطبيق التأمين الصحى على الخاضعين لأحكام هذا القانون . كما أنشئت الهيئة العامة للتأمين الصحى للقيام بتنفيذ التأمين الصحى على العاملين بالقطاع الحكومى .

ومعنى هذا أنه كان من المفروض قيام هيئتين عامتين بتطبيق التأمين الصحى على العاملين فى الدولة . وكان ذلك سيؤدى حتما إلى تشتيت الجهود وزيادة الإنفاق وصعوبة التخطيط للمستقبل ، خصوصاً وأن تنفيذ التأمين الصحى على أسس علمية سليمة ، يقتضى ضرورة التخطيط ، وضرورة العمل على توفير الإمكانيات الخاصة بالعلاج سواء عن طريق إنشاء المستشفيات القائمة ، أو توفر عيادات الممارس العام أو العيادات الشاملة إلخ .

لكل هذه الأسباب مجتمعة صدر القرار رقم ٣٢٩٨ لسنة ١٩٦٤ والذى بمقتضاه تم نقل اختصاصات الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فى شئون التأمين الصحى إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى .

وهكذا أصبحت الهيئة العامة للتأمين الصحى هى المختصة بتنفيذ تشريعى التأمين الصحى . وذلك فيما عدا دفع المعونات المالية النقدية فى حالة العجز المؤقت عن العمل بالنسبة إلى منتفعى قانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ والتى ترك أمر تنفيذها للهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ، كما نصت المادة الرابعة من القرار الجمهورى على أن تؤول للهيئة العامة للتأمين الصحى جميع الوحدات العلاجية التابعة للهيئة العامة للتأمينات العلاجية ، وما يوجد بها من أدوية ، ومستلزمات طبية ، ومهمات ، ومعدات ، وأجهزة ، وسيارات وغيرها .

وكان من المحتم نتيجة لصدور هذا القرار أن يتم توزيع الاشتراكات التى تحصل بين الهيئة العامة للتأمين الصحى والهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية . ولذلك نصت المادة الثانية من القرار الجمهورى رقم ٣٢٩٨ على أن تؤدى الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى الاشتراكات الشهرية

التى تقتطع من المنتفعين بالتأمين الصحى بواقع ١ ٪ من أجور العاملين ، وكذلك جزء من الاشتراكات الشهرية التى يؤديها صاحب العمل بواقع ٣ ٪ من أجور العاملين ، أى يترك للهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ١ ٪ من أجور العاملين للصرف منها على المعونات المالية .

وهكذا تحصل الهيئة العامة للتأمين الصحى عموماً على ٤ ٪ من أجور العاملين سواء الخاضعين للقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ ، أو لأحكام قانون التأمينات الاجتماعية رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ ، وذلك مقابل تغطية تكاليف العلاج الطبى .

مشروع التأمين الصحى فى التطبيق

بدأت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية تطبيق التأمين الصحى تنفيذاً لأحكام قانون التأمينات الاجتماعية رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ فى ١ / ١٠ / ٦٤ بمحافظة الإسكندرية على المنشآت التى يوجد فيها ١٠٠ عامل فأكثر .

وعلى أثر صدور القرار الجمهورى رقم ٣٢٩٨ لسنة ١٩٦٤ انتقلت اختصاصات الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فى هذا المجال إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى اعتباراً من ٣١ / ١٠ / ١٩٦٤ ، أى بعد شهر فقط من بداية تنفيذ المشروع .

ولهذا رأت الهيئة العامة للتأمين الصحى التريث فى تطبيق القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ والخاص بالمنتفعين فى الحكومة وأجهزة الحكم المحلى والهيئات والمؤسسات العامة ، التى كانت قد استعدت لنقله إلى حيز التنفيذ . وكان الهدف من هذا التأجيل الاستفادة من الخبرة الناشئة عن تطبيق القانون رقم ٦٣ ، وتلافى الأخطاء التى سيسفر عنها التطبيق العملى للمشروع ، وكذلك بهدف إتمام الدراسات ، والبطاقات ، وعمليات الحصر اللازمة للتنفيذ ، والتى لم تكن قد وضعت فى الحسبان عند البدء فى تنفيذ التأمين الصحى على الشركات التى يوجد بها مائة عامل فأكثر ، وأخيراً للتأكد من توفر كل الإمكانيات اللازمة للتطبيق الداخلى سواء فيما يتعلق بالمستشفيات والأسرة المطلوبة للعلاج الداخلى أو العيادات المختلفة المخصصة للعلاج

الخارجى بواسطة ممارسى العموم والأخصائيين ، وفقاً للمعدلات التى وضعت وعلى أساس التوزيع الجغرافى للمنتفعين بالتأمين الصحى .

التدرج فى التنفيذ

وقد لجأت السلطات المسئولة عن تطبيق التأمين الصحى إلى التدرج فى التنفيذ لأسباب يجب الإشارة إليها ، وهذا التدرج ينقسم إلى شقين : التدرج الجغرافى أو التقسيم إلى شرائح .

والمقصود بالتدرج الجغرافى هو أن الهيئة تقوم بالتنفيذ على محافظات الجمهورية بصورة تدريجية . والحكمة فى ذلك أن تطبيق التأمين الصحى يحتاج إلى إمكانيات معينة ، سواء من ناحية المستشفيات أو العيادات أو توفير الأخصائيين أو الممارسين ، بعد تحديد المعدلات السليمة . كما يحتاج إلى توفير الموارد المالية عند التطبيق على المنتفعين بالقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ ، حيث إن الحكومة ستقوم بدفع نسبة ٣ ٪ من أجور العاملين للمشروع .

وقد بدأت الهيئة بالتنفيذ فى الإسكندرية بالذات لعدة أسباب أولها توافر إمكانيات العلاج فيها . وهكذا يتضح أن الأسبقية فى تنفيذ المشروع تتوقف أساساً على وجود الإمكانيات اللازمة مما يميز التأمين الصحى ، بوصفه تأميناً اجتماعياً عن التأمين الصحى الذى يعتمد على التأمين الخاص . فشركات التأمين عندما تقوم بتنفيذ التأمين الصحى كما هو الشأن فى بعض البلاد الغربية ، أو عندما تتعاقد على علاج العاملين فى بعض الجهات ، لا تهتم إطلاقاً بمدى توفر إمكانيات العلاج ووسائله ، إذ أن المسألة بالنسبة إليها هى مجرد المساهمة فى تكلفة العلاج نظير تحقيق ربح معين .

أما التقسيم إلى شرائح فينطبق على العاملين الخاضعين للقانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ فقط ، إذ أن المنتفعين بالتأمين الصحى طبقاً لأحكام هذا القانون يعملون بمنشآت تختلف من حيث الحجم وتتدرج من المنشآت الصغيرة إلى المنشآت

الكبيرة التى يعمل بها الآلاف من العاملين .

وقد قامت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية بتقسيم المنتفعين إلى ثلاث شرائح رئيسية :

الشريحة الأولى : تشمل العاملين فى المنشآت التى يوجد فيها ٥٠٠ عامل فأكثر .

الشريحة الثانية : تشمل العاملين فى المنشآت التى يعمل بها من ١٠٠ إلى ٤٩٩ عاملاً .

الشريحة الثالثة : تشمل المنشآت التى يعمل بها أقل من ١٠٠ عامل .

وقد بدأت الهيئة بالتطبيق على الشريحتين الأولى والثانية ، وتقرر إرجاء التطبيق على الشريحة الثالثة . ويرجع ذلك لعدة أسباب أهمها أن حصر العاملين فى المنشآت التى يقل عدد العاملين فيها عن ١٠٠ عامل يحتاج إلى جهود كبيرة نظراً لكثرة عدد هذه المنشآت ، وسرعة انتقال العامل من منشأة إلى أخرى ، مما يجعل تطبيق التأمين الصحى على هذه المنشآت يحتاج إلى مجهود إدارى كبير جداً حتى يمكن تقديم الخدمة على أسس سليمة .

ولا يقتصر الأمر على مجرد صعوبة حصر هؤلاء المنتفعين ، بل تمتد المسألة إلى ضرورة متابعته من مكان إلى مكان واضطرار الهيئة إلى تغيير البطاقات من وقت لآخر ، ولا سيما وأن معظم هؤلاء المنتفعين يعملون فى مشروعات فردية أو شركات صغيرة ، وقد لا يمضى على بقاء العامل فى أحد هذه المشروعات بضعة أشهر حتى يتركه ليلتحق بعمل آخر .

الصعوبة الأخرى هى أن متوسط الأجر السنوى لمثل هؤلاء العاملين منخفض للغاية ، مما يؤدى إلى أن متوسط حصيلة الاشتراكات (نسبة ٤ ٪) التى تدفع للهيئة لن تكفى لتحقيق التوازن المالى . كما أن التطبيق على هذه الشريحة يتطلب إيجاد إنشاءات وأجهزة جديدة واعتماد الاستمارات اللازمة لذلك .

خطوات التنفيذ

بدأت هيئة التأمين الصحى أعمالها بتطبيق القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ الخاص بالعاملين فى الشركات ، واتبعت فى ذلك سلسلة من الخطوات هى :

١ — التقسيم إلى مناطق ، وحصر المنتفعين ، وصرف البطاقات :

وقد كان الاتجاه منذ البداية تحقيق نوع من اللامركزية فى تنفيذ التأمين الصحى ، وذلك بتقسيم محافظة الإسكندرية إلى ثلاث مناطق لكل منطقة مدير يقوم بالإشراف على تنفيذ التأمين فيها ، ويشرف عليهم جميعاً مدير فرع الهيئة بالإسكندرية . ثم قامت الهيئة بإجراءات حصر المنتفعين فى الشركة الأولى والثانية ، ووجد أن عدد المنتفعين ١٥٢,٠٠٠ عامل ، مقسمين على ٢٥٤ شركة (ارتفع العدد إلى ١٨٤,٠٠٠ موزعين على حوالى ٣٠٠ شركة) انظر الجدول رقم ٣٦ .

جدول رقم ٣٦

المنطقة	عدد الشركات	عدد المنتفعين		
		دائمين	مؤقتين	الإجمالى
المنطقة الأولى	٣٤	٤٩,٥٧١	—	٤٩,٥٧١
المنطقة الثانية	١٦٤	٦١,٢١٥	١٧٨٥	٦٣,٠٠٠
المنطقة الثالثة	٥٦	٤١,٣٧٢	١١٣٥	٤٢,٥٠٧
المجموع	٢٥٤	١٥٢,١٥٨	٢٩٢٠	١٥٥,٠٧٨

وقد تم أيضاً عمل بطاقات تأمين صحى لكل منتفع منعاً لحالات الغش وسوء الاستغلال .

٢ ـ تقديم الخدمات الطبية خارج المستشفيات

(ا) خدمة الممارس العام

أوضحت الدراسات التى قامت بها الهيئة ضرورة العمل على توفير طبيب ممارس عام لكل ١٣٠٠ منتفع حتى يستطيع أن يقوم بأداء واجبه على الوجه السليم . فالطبيب الممارس هو الأساس الذى تقوم عليه باقى الخدمات الطبية .

وقد وضعت الهيئة حداً أدنى للمستوى المهنى الواجب توافره فى كل من يتقدم لهذا العمل ، ويفضل أن تكون له سبع سنوات خدمة ، كما يفضل الطبيب الحر إن وجد . ويعمل الممارس بمقتضى عقد مقابل ٦٥ جنيهاً شهرياً أو يعين بأجر شهرى مقداره ٤٣ جنيهاً حسب الدرجات . ورأت الهيئة ضرورة توفير خدمة الممارس العام داخل المنشأة نفسها ، حتى لا يضيع وقت العامل فى الانتقال من مكان عمله إلى الطبيب ، إلا أنه بالنسبة للتجمعات العمالية الصغيرة الحجم والتى يعمل بكل منها أقل من ٣٠٠ عامل ، والتى تخرج عن نطاق المصانع مثل العاملين فى بعض البنوك والمحال التجارية الكبيرة وشركات التأمين ، فقد تم تنظيم عمل الطبيب الممارس لهذه الفئات عن طريق إنشاء عيادات مجمعة ، بحيث تخدم العيادة الواحدة عدداً من هؤلاء المنتفعين يبلغ ١٠,٠٠٠ منتفع . كما يعمل بعض الممارسين فى العيادات الشاملة .

وهكذا نجد أن الممارس العام يعمل فى عيادة الشركة ، أو عيادة مجمعة ، أو عيادة شاملة . وقد حددت الطريقة التى يتم بها تجهيز العيادة الطبية للممارس . أما الواجبات التى يقوم بها فتتلخص فى الفحص الابتدائى ، والفحص الدورى (إن وجد) ، والكشف على المرضى وعلاجهم فى العيادة ، أو فى منزل المريض ، والتحويل إلى الأخصائى ، وإدخال المريض إلى المستشفى فى حالات الطوارئ ، وعلاج إصابات العامل ، وعمل سجل صحى للمنتفعين الذين يعالجهم . ومن المفروض عندما يستكمل الجانب الوقائى أن يشارك الممارس العام فى دراسة

الأمراض المهنية ، وطرق الوقاية منها ، داخل الوحدة التى يعمل فيها . ويشارك الممارس بصفة ملزمة فى تحديد التوصيات التى تعطى للمريض بخصوص الأعمال الخفيفة والنهارية ، وذلك لإلمامه بطبيعة العمل الذى يقوم به المريض .

ويخضع الطبيب الممارس العام فنياً وإدارياً لإدارة العيادة الشاملة المرتبط بها ، وإن كان هذا الإشراف ما زال يحتاج إلى تدعيم . ولا يؤدى وجود عيادة خارجية فى المنشأة إلى الإخلال بما نص عليه القانون من وجوب إنشاء وحدة إسعاف فى كل مركز تجمع .

(ب) خدمة الطبيب الأخصائى

تعتبر العيادات الشاملة خير وسيلة لتقديم خدمة الأخصائيين خارج المستشفيات . وتنشأ هذه العيادات فى الأحياء المختلفة على أن يراعى التوزيع الجغرافى السليم وتجمعات العمال . وهى تضم عدداً من الأخصائيين ذوى الخبرة فى جميع فروع الطب والجراحة . وقد وضعت الهيئة حداً أدنى لمستوى الأخصائيين وقسمتهم إلى درجات (مساعد أخصائى معين أو متعاقد ، أخصائى بـ ٦٠ جنيهاً فى الشهر حد أقصى ، أخصائى حد أقصى ٧٠ جنيهاً فى الشهر ، رئيس قسم أو استشارى حد أقصى ٨٠ جنيهاً فى الشهر) . ويوجد إلى جانب الأخصائيين أطباء ممارسون عامون مارسوا المهنة ثلاث سنوات على الأقل .

كما يتم تجهيز العيادات الشاملة بأحدث الوسائل الإكلينيكية والمعملية وكذلك الأجهزة التخصصية وأجهزة الأشعة .

وتعدد العيادات الشاملة يمنع تكدس المرضى فى مكان واحد ووقت واحد ، وهى تمتص بحكم تكوينها أغلب الأبحاث المعملية والأشعات التى كثيراً ما كانت وما زالت تشغل بدون داع أسرة المستشفيات وهى فى نفس الوقت تمثل مراكز إسعاف موزعة توزيعاً جغرافياً وقريبة من المنتفعين .

والنظام الأفضل للعيادات الشاملة هى أن تكون مبنية خصيصاً لهذا الغرض ،

وألا يلجأ إلا اضطرارياً إلى استئجار شقق ، وأن تجهز بأماكن محددة للتخصصات المختلفة ، ويجب أن تكون مزودة بالآلات والأجهزة اللازمة للقيام بالجراحات الصغرى ، التي لا تستدعي إقامة المريض بالمستشفى ، وأن تزود بمعامل تحليل ، وبوحدة أشعة ، وصيدلية ، وسيارتي إسعاف لنقل المرضى ، ولنقل الأطباء إلى مقار العمل ، والزيارات المنزلية ، وإن كان من المتعذر في بعض الأحيان توفير جميع الإمكانيات التي ذكرناها .

وفي كل عيادة شاملة يوجد من ٢ – ٦ ممارسين عموم حسب عدد المنتفعين ثم ١٣ أخصائياً ، و ١٣ مساعداً أخصائياً و١٣ حكيمة ، و١٣ ممرضة وهذا غير الفئات المساعدة الأخرى .

ويوجد في الإسكندرية الآن ١١ عيادة شاملة لخدمة العاملين في الشركات . ومن المفيد إعطاء مهمة الإشراف الفني على العيادات الشاملة إلى أخصائيين استشاريين ، أو إلى أخصائيين قدامى ذوي خبرة ، مهمتهم مساعدة مدير العيادة الشاملة من الناحية الفنية .

(ج) خدمة الدواء :

رأت الهيئة العامة للتأمين الصحي تيسيراً على المنتفعين في الحصول على الأدوية أن تتعاقد مع عدد كبير من صيدليات القطاع العام والخاص موزعة جغرافياً على جميع أنحاء الإسكندرية . ويصل عدد هذه الصيدليات إلى ١٢٠ مما يسهل على المنتفع حرية اختيار الصيدلية التي يريد التعامل معها .

٣ – الخدمة الطبية داخل المستشفيات

كان عدد الأسرة عند بدء تنفيذ التأمين الصحي بالإسكندرية حوالي ٥٥٠ سريراً أي بمعدل يصل إلى ٣,٩ أسرة لكل ألف منتفع . وقد زيدت الأسرة بالتدريج حتى وصلت إلى ٧٩٧ سريراً أي بمعدل ٥,١ أسرة لكل ألف منتفع ،

ثم إلى ٩٩٨ سريراً عندما طبق القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ فأصبح المعدل ٤ أسرة لكل ألف منتفع تقريباً .

وكان من المفروض تحقيقاً للامركزية فى التنفيذ أن يتم تشكيل مجلس إدارة لكل مستشفى يمثل فيه العاملون والمنتفعون بالخدمات. ولكن هذه المجالس لم تشكل حتى الآن .

كما تعمل الهيئة حالياً على استكمال مقومات الاستقلال المالى والإدارى للمستشفيات .

ومن الناحية الفنية فإن نظام العمل يسير على نظام الأقسام المتخصصة »

٤ ـ التأهيل الطبى والأجهزة التعويضية

قامت الهيئة بإعداد وحدة للعلاج الطبيعى بمستشفى الإسكندرية ، وأنشأت مراكز لعمل أطقم الأسنان ، وكذلك مراكز لعمل النظارات . كما قامت بتوفير الأطراف الصناعية اللازمة للذين يتخلف لديهم عجز ما .

دور هيئة التأمين فى علاج إصابات العمل

ينصب العلاج الطبى الذى تشرف عليه هيئة التأمين الصحى على إحدى حالات أربع هى :

١ ـ علاج حالات المرض العادية .

٢ ـ علاج حالات الحوادث الشخصية الخارجة عن نطاق العمل .

٣ ـ علاج حالات الأمراض المهنية (أى الناشئة عن مزاولة الإنسان لمهنة معينة) .

٤ ـ علاج حالات حوادث العمل (إصابات العمل) .

ويغطى التأمين الصحى الحالتين الأولى والثانية ـ كما يغطى تأمين إصابات العمل الحالتين الثالثة والرابعة .

وقد وردت الأحكام الخاصة بتأمين إصابات العمل فى الباب الرابع من القانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ . وكانت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية هى التى تقوم بتنفيذه ، وتحصل على ٣ ٪ من أجور العاملين كاشتراكات لمقابلة تكلفة إصابات العمل والتى تتكون أولاً من تكلفة العلاج الطبي بعناصره المختلفة وهى خدمات الأطباء الممارسين ، والأخصائيين ، والإقامة بالمستشفيات ، والرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء ، وإجراء العمليات الجراحية ، وصور الأشعة وغيرها من البحوث الطبية ، وصرف الأدوية للعلاج ، وتوفير الخدمات التأهيلية اللازمة بما فى ذلك الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية ، وثانياً من تكلفة المعونة النقدية فى حالة العجز المؤقت عن العمل بسبب الإصابة (الإجازات المرضية) وكذلك صرف المعاشات فى حالتى العجز الدائم أو الوفاة .

ثم صدر القرار الجمهورى رقم ٣٢٩٨ فتم نقل اختصاصات الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية الخاصة بالعلاج الطبي لإصابات العمل وأمراض المهنة إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى ، وذلك عن طريق التعاقد بين الهيئتين ، على أساس حصول الهيئة العامة للتأمين الصحى على ١,٢٥ ٪ من أجور العاملين نظير علاج إصابات العمل وأمراض المهنة وهو يوازى $\frac{٥}{١٢}$ من حصيلة اشتراكات إصابات العمل كلها ، وترك النسبة الباقية وهى ١,٧٥ ٪ للتأمينات الاجتماعية حتى تقوم بتسديد المعونات النقدية ، ومعاشات العجز والوفاة الناشئة عن إصابات العمل وأمراض المهنة .

ويسرى هذا الاتفاق على جميع المناطق التى يشملها تنفيذ التأمين الصحى ، كما يسرى أيضاً على محافظات القاهرة والجيزة والقليوبية . كما ستقوم بعلاج إصابات العمل فى أماكن أخرى بمجرد توفر إمكانيات العلاج . واعتباراً من ٣١ / ١٠ / ٦٤ قامت بعلاج إصابات العمل فى محافظة الإسكندرية وكثير من هذه الإصابات فى محافظات القاهرة والجيزة القليوبية .

وبهذا تتضح الميادين الواسعة والمسئوليات الكبيرة التى ستلقى على عاتق مشروع التأمين الصحى .

التأمين الصحى والقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤

كانت الخطوة الأولى التى قامت بها الهيئة فى الإعداد لتنفيذ هذا القانون هى إجراء حصر شامل للمنتفعين فى محافظة الإسكندرية وهم العاملون فى الحكومة، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، ووحدات الإدارة المحلية، ووصل الرقم إلى ٧٠,٠٠٠ تقريباً . كما قامت الهيئة باستخراج بطاقات التأمين الصحى للذين أرسلوا استمارات الحصر الخاصة بهم .

وأنشئت عيادات جديدة للممارسين العامين فى شكل عيادات مجمعة تضم عدداً من الممارسين، وتخدم ١٠,٠٠٠ منتفع، وهى موزعة توزيعاً جغرافيًّا سليماً لتقريب الخدمات الطبية من المنتفعين . فبينما نظام الخدمة فى القانون رقم ٦٣ لسنة ١٩٦٤ يتمشى مع ظروف العامل حيث ينتقل الطبيب إلى مكان العمل ، طبق القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ على أساس خدمة الأفراد فى مكان سكنهم لا عملهم . وذلك بسبب طبيعة عمل الموظف الذى يسمح بتحديد مواعيد العيادات عند انتهاء ساعات العمل بعد الظهر و يتفادى بذلك الانتقاص منها، وأيضاً بسبب عدم وجود وحدات حكومية يزيد عدد الموظفين فيها عن ٣٠٠، إلا فيما ندر وفى حدود مدينة القاهرة بالذات .

ومن العوامل التى تدعم التوزيع السكنى للعيادات هو الإعداد لامتداد التأمين الصحى ليشمل عائلات العاملين والموظفين أيضاً .

وقامت الهيئة كذلك بإعداد العيادات الشاملة ، وتم تجهيز أربع عيادات . وتوفير المصروفات الإدارية . وتسعى الهيئة إلى الاستفادة من بعض العيادات الشاملة القائمة والتى ينتفع بها العاملون الخاضعون للقانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ ، وذلك بتشغيلها فترات إضافية يمكن أن تخدم أثناءها المنتفعين بأحكام القانون ٧٥ لسنة ٦٤..

وتمكنت الهيئة أيضاً من إيجاد الأعداد اللازمة من أسرة المستشفيات عن طريق التوسع فى المستشفيات القائمة وذلك بإضافة ٥٠ سريراً لمستشفى كرموز و ١٣٠

سريراً للمستشفى اليونانى ، عدا ١٠٠ سرير أمكن توفيرها من الأسرة المخصصة للعاملين فى الشركات .

وبعد تدبير الأسرة اللازمة للمنتفعين بالقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ أصبح معدل الأسرة ٣,٩ أسرة لكل ألف منتفع كما ذكرنا وأعد فى نفس الوقت مركزان إضافيان للنظارات ، و ٦ مراكز لعلاج الأسنان والتركيبات ، بالإضافة إلى مركز جديد يخصص للمنتفعين بالقانون ٦٣ و ٧٥ لسنة ١٩٦٤ .

اقتصاديات التأمين الصحى

(ا) تكلفة التأمين الصحى :

تنقسم التكاليف الخاصة بالمشروع إلى أربعة بنود رئيسية .

١ ــ العلاج خارج المستشفى .

٢ ــ العلاج داخل المستشفى .

٣ ــ الأجهزة التعويضية .

٤ ــ المصروفات الإدارية .

وقد قدمت دراسات شاملة للمشروع سواء من ناحية التكاليف الفعلية أو من زاوية اتجاهات المستقبل . ويمكن معرفة تفاصيل تكلفة المنتفع الواحد من الجدول رقم ٣٧ الذى يبين متوسط تكلفة المنتفع الواحد من خدمة التأمين الصحى وعلاج إصابات العمل :

جدول رقم ٣٧

البيان	عام٦٤/٦٥	عام ٦٥/٦٦
	ملم جنيه	ملم جنيه
الدواء الذى يصرف من الصيدليات المتعاقد معها	٣٠٠ ٤	٣,٦٠٤
كيماويات دوائية وأدوية جاهزة تصرف بمعرفة الهيئة	٢٧٧ ٠	٠,١٨٣
الأدوات الطبية المستهلكة	٠,٢٩٢	٠,٢٠٧
الأطباء الممارسون	٠,٦٥٠	٠,٦٤٠
تكلفة الأطباء الأخصائيين وهيئات التمريض	١,٠٠٠	٠,٧٨٦
مصروفات جارية — أدوات نظافة — مطبوعات واستهلاكات العيادات الشاملة	٠,٤٢٤٠	٠,٣٣٦
جملة نصيب المنتفع الواحد من تكاليف العلاج خارج المستشفيات	٦,٩٤٣	٥,٧٤٦

٢ — العلاج داخل المستشفيات :

البيان	عام ٦٤/٦٥	عام ٦٥/٦٦
أطباء مقيمون وأخصائيون وصيادلة وهيئات التمريض	٠,٩٧٠	١,٠٣١منهاهيئة تمريض٠,٥٥٧
الدواء	٠,٥٥٠	٠,٤٣٦
استهلاك وصيانة الأجهزة الطبيةوالأدوات الطبيةالمستهلكة	—	٠,٣٩٤
غذاء المرضى	٠,٤٥٠	٠,٢٩٦
عمال فنيون وعاديون	—	٠,٣٧٠
استهلاكات ومفروشات ومصروفات أخرى	—	٠,٥٣٤
مرتبات	—	٠ ٠٧٥
نشر وطباعة وأدوات كتابيةواستهلاكاتومصروفاتأخرى	—	٠,٠٧٩
مصروفات أخرى خاصة بالإدارة	١,٢٩٠	
جملة نصيب المنتفع الواحد منالعلاج داخل المستشفى	٣,٢٦٠	٣,٢٩٢

٣ ــ الأجهزة التعويضية

البيان	عام ٦٤/٦٥	عام ٦٥/٦٦
جملة نصيب المنتفع الواحد من الأجهزة التعويضية	٠,٢٨٠	٠,٢٦٦

٤ ــ المصروفات الإدارية

البيان	عام ٦٤/٦٥	عام ٦٥/٦٦
فرع الهيئة بالإسكندرية	٠,٧٦٠	٠,٧٢٠
الإدارة العامة ــ جزء	٠,٧٦٠	٠,٧٢٠
المطبوعات وتشمل ا ــ ب م	٠,٢٠٠	ــ
متوسط نصيب المنتفع الواحدمن جملةالمصروفاتالإدارية	١,٠٦٠	٠,٨٢٠
إجمالى متوسط تكلفة المنتفع الواحد عام ٦٤/٦٥ ١١,٥٤٣ عام ٦٥/٦٦ هو ١٠,٠٨٤		

وكان إجمالى متوسط تكلفة المنتفع الواحد سنة ٦٤ / ٦٥ = ١١/٥٤٣ + ٢,٠٤٨ = إصابات عمل = ١٣,٥٩١ جنيهاً .

ولكن فى سنة ٦٥ / ٦٦ انخفض هذا المتوسط إلى ١٠,٠٨٤ ثم إلى ١٠,٥٠٠ فى أوائل سنة ١٩٦٧ شاملاً إصابات العمل . وهكذا انخفضت تكاليف الفرد من ١٣,٥٩١ سنة ١٩٦٥ إلى ١٠,٥٠٠ سنة ١٩٦٧ .

وقد روعى فى حساب هذه التكاليف أنها تشمل تكاليف علاج حالات إصابات العمل ، وأمراض المهنة ، بالإضافة إلى الأمراض العادية ، والحوادث الخارجية عن نطاق العمل ، نظراً لصعوبة الفصل فى المرحلة الحالية . وهذا ينبهنا إلى ضرورة إنشاء أقسام للتكاليف بكل وحدة علاجية ، وإجراء عمليات الفصل حتى يمكن رسم خطوط سليمة للمستقبل .

(ب) الإيرادات :

إن المصادر الرئيسية للإيرادات تنحصر فى الاشتراكات الخاصة بالتأمين الصحى ومقدارها ٤ ٪ من أجور العاملين ، والاشتراكات الخاصة بإصابات العمل التى تبلغ ١,٢٥ ٪ من أجور العاملين ، وبعض الرسوم الخاصة بالإخطارات المرضية والزيارات المنزلية وهذه المبالغ هى :

٧,٤٥٠ متوسط نصيب المنتفع الواحد من اشتراكات التأمين الصحى (٤ ٪ من الأجر) .

٢,٣٢٨ متوسط نصيب المنتفع الواحد من اشتراكات إصابات العمل (١,٢٥ ٪) .

٠,١٨٠ متوسط نصيب المنتفع الواحد من رسوم الإخطارات المرضية (٣ قروش لكل كشف) .

٠,١٢٠ متوسط نصيب المنتفع الواحد من رسوم الاشتراكات المنزلية (٢٠ قرشاً لكل زيارة) .

١٠,٠٧٨ المجموع هو متوسط نصيب المنتفع الواحد من سائر الإيرادات سنوياً .

ويتضح من البيانات السابقة أنه فى سنة ٦٤ / ٦٥ كان متوسط ما يتكلفه الفرد الواحد يبلغ ١٣,٥٩١ جنيهاً سنوياً ، بينما ما تحصل عليه الهيئة من إيرادات بالنسبة للمنتفع الواحد ١٠,٠٧٨ جنيهات . وبهذا كان صافى العجز بالنسبة للمنتفع الواحد ٣,٥٠٠ جنيهات . وهذا بخلاف بعض الزيادات المتوقعة نتيجة ارتفاع أسعار بعض الأدوية والمستلزمات الطبية ، وحوالى ١٥٠,٠٠٠ جنيه هى باقى المصروفات الإدارية الخاصة بالإدارة العامة والتى يتحملها المشروع كخسارة مؤقتة نتيجة لعدم تشغيل المشروع بطاقته الكاملة . ولكن مع تقدم

المشروع انخفض هذا العجز إلى ما يقرب من ٥٠٠ مليم للفرد فى السنة ، ثم أمكن تحقيق التوازن المالى الكامل[١] .

(ج) مشكلة الدواء

بدراسة قائمة التكاليف السابقة نجد أن السبب الرئيسى لارتفاع متوسط تكلفة المنتفع الواحد يرجع إلى ارتفاع تكلفة الدواء خارج المستشفيات ، والتى تصل إلى ما يقرب من ٤٠ ٪ من التكاليف الكلية للمشروع ، كما أن الدراسات المستمرة أثبتت أنه فى السنة الأولى لتنفيذ المشروع كان هناك اتجاه صعودى فى هذا البند .

وبمقارنة متوسط تكلفة المنتفع الواحد من الدواء داخل المستشفيات ، ومتوسط التكلفة خارج المستشفيات ، نلاحظ أن هذا المتوسط كان يبلغ ٥٠٠ مليم داخل المستشفيات ، و ٤,٣٠٠ جنيهات خارج المستشفيات ، مما يدل على أن المشكلة الرئيسية تنحصر فى تكلفة الدواء خارج المستشفيات .

لذلك رأت الهيئة ضرورة العمل على فرض نسبة مقدارها ٣٠ ٪ على الدواء خارج المستشفيات ، يتحملها المنتفع ،وفرض هذه النسبة يؤدى إلى تخفيض التكاليف ، بالإضافة إلى تخفيض آخر يرجع إلى استبعاد حالات التمارض ، وسوء استغلال التأمين ، والتهافت على الأطباء لأتفه الأسباب .

على أن فرض هذه النسبة ، والتى لم توافق عليها الحكومة حتى الآن ، يجب أن يقتصر على الدواء الذى يصرف لعلاج حالات الأمراض العادية والحوادث الخارجة عن نطاق العمل . أما الدواء الخاص بعلاج إصابات العمل وأمراض المهنة فيجب أن تتحمل الهيئة تكاليفه بالكامل ، كما أنه من الممكن إعفاء بعض الحالات المرضية أو بعض الأدوية الضرورية من هذه النسبة .

وقد وضعت الهيئة أنظمة أخرى تهدف إلى الحد من الإسراف فى الدواء .

---

(١) هناك دراسات عملت أخيراً تبين أن تكلفة التأمين الصحى للفرد سيحدث فيها تخفيض آخر .

فقد شكلت لجنة طبية من كبار الأطباء أصدرت عدة توصيات تحولت بالتدريج إلى حيز التنفيذ ، ومنها تعبئة الأقراص فى شرائط ، وعمل قوائم بالأدوية المستخدمة فى التأمين الصحى ، وعمل عبوات خاصة تكفى لعلاج أربعة أيام فقط . ولا يجوز الخروج عن هذه القواعد فى أى حالة من الحالات إلا بإذن من السلطات الأعلى أى من مدير المنطقة الذى يتبعه الطبيب .

وقد أدت هذه الإجراءات بالفعل إلى تخفيض تكاليف الأدوية للفرد الواحد فى السنة من ٤,٣٠٠ جنيهات إلى ٣,٦٠٤ جنيهات .

الهيكل الإدارى

صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ١٢٠٩ لسنة ١٩٦٤ فى شأن إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحى وفروعها للعاملين فى الحكومة ووحدات الإدارة المحلية والهيئات العامة والمؤسسات العامة على أن تكون الهيئة تحت إشراف وزير الصحة .

ويشكل مجلس إدارتها من رئيس مجلس الإدارة وعضوية وكلاء الوزارات المختصة ومديرها العام وهو طبيب متفرغ وممثلين لنقابات الأطباء والصيادلة وأطباء الأسنان ، وممثلين للمنتفعين بنظام التأمين الصحى سواء من المنتفعين بالشركات والمنتفعين من العاملين فى الحكومة .

ثم صدر قرار رئيس الجمهورية رقم ٦١ لسنة ١٩٦٦« فى شأن إنشاء المجلس الأعلى للخدمات الصحية بوزارة الصحة » على أن يشكل تحت رئاسة وزير الصحة وعضوية رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحى ورئيس مجلس إدارة المؤسسة العامة للأدوية ، ووكلاء الوزارات المختصة ونقباء الأطباء والصيادلة وأطباء الأسنان ، ويشترك فيه ممثلون للمجلس الأعلى للبحث العلمى ، والجهاز المركزى للتنظيم والإدارة ، وعمداء كليات الطب .

ويبحث المجلس السياسة العامة للشئون الصحية ويقرر الخطط المتعلقة بها على مستوى الجمهورية بما فى ذلك التأمين الصحى بقصد توفير أعلى المستويات

الصحية للمواطنين . ويضع المجلس فى مجال التأمين الصحى الحدود الدنيا لمستويات مختلف خدمات الهيئات الطبية للمؤمن عليهم ، ويضع الحدود الأعلى والأدنى للرسوم التى تفرض على المنتفعين بنظام التأمين الصحى وقواعد الإعفاء منها ، وقواعد نقل المرضى إلى الأماكن المخصصة للعلاج ، والقواعد المنظمة لعلاج المؤمن عليهم عند السفر إلى خارج الجمهورية .

والتنظيم الإدارى الذى وضع للتأمين الصحى كان يهدف إلى تطبيق فكرة الديموقراطية الإدارية فى إنشاء الهيئة العامة للتأمين الصحى ، كما راعت الهيئة نفسها تطبيق فكرة تمثيل الشعب فى كافة المراحل المتعلقة بإدارة المشروع والتى يمكن تلخيصها فى النقاط التالية :

— مجلس إدارة هيئة التأمين الصحى يضم بالإضافة إلى ممثلى الوزارات المختلفة ممثلين لنقابة الأطباء البشريين ونقابة الأسنان ونقابة الصيادلة ، كما يضم ممثلين عن العاملين (المنتفعين) .

— لجنة إدارة فرع الهيئة (الإسكندرية مثلاً) تضم بالنسبة إلى كل فرع ممثلين عن المنتفعين بالتأمين الصحى والمهتمين به ، وكذلك مندوبين عن مجلس المحافظة ، وعن لجان الاتحاد الاشتراكى العربى ، ونقابة الأطباء ، وغيرها من نقابات المهن الطبية. وتتلخص مهمة لجان الفروع فى دراسة وسائل تنفيذ التأمين الصحى فى حدود السياسة التى تضعها الهيئة ، ودراسة مشاكل التطبيق ، واقتراح الحلول المناسبة ، والعمل على تطوير الخدمة الطبية بوحدات الهيئة ، واقتراح مشروع الميزانية ومتابعة تنفيذ الميزانية بعد اعتمادها ، وكذلك متابعة تنفيذ الخطط والبرامج .

— مجلس إدارة المستشفى ويضم ممثلين للاتحاد الاشتراكى ، وممثلين عن العاملين بالمستشفى ، وكذلك ممثلين عن المنتفعين بخدمات المستشفى .

— لجان التأمين الصحى التى تم إنشاؤها فى كل شركة أو منشأة خاضعة للتأمين الصحى ، وتضم ممثلين عن إدارة الشركة أو المنشأة، والاتحاد الاشتراكى ،

واللجنة النقابية والهيئة . وتتلخص مهمة هذه اللجان فى أنها حلقة الاتصال بين الهيئة والشركة بهدف خلق التعاون على توفير أعلى مستوى يمكن فى الخدمة الطبية المقدمة للمنتفعين فى عيادة الممارس العام ، والعمل على توعية العاملين بالشركة بواجباتهم وحقوقهم التى كفلها لهم القانون ، ومتابعة قوانين الأمن الصناعى ، والعمل على حل المشاكل اليومية التى تثور أثناء تطبيق الخدمات الطبية فى الوحدات المختلفة ، وإيجاد الحلول المناسبة لها ، ودراسة الشكاوى والمقترحات التى تقدم إليها من المنتفعين ، وتطبيق ما يمكن أن يفيد العمل .

وفيما يتعلق بالتنظيم الإدارى على مستوى الفرع طبق مبدأ اللامركزية وذلك بتقسيم محافظة الإسكندرية إلى ثلاث مناطق رئيسية ، وعين لكل منطقة مدير يشرف على تنفيذ التأمين الصحى فى حدودها . ويقوم مدير الفرع فى الإسكندرية بالإشراف على أعمال مديرى المناطق .

إن نظرة عامة للتنظيم الإدارى الذى وضع لتطبيق التأمين الصحى تبين أن غرض المشروع ، وغرض القائمين على تحديد اتجاهات المشروع ، كان السعى إلى تحقيق الأسلوب الديموقراطى فى الإدارة ، وتوفير إمكانيات الرقابة الشعبية . ويتمثل هذا الاتجاه فى كافة مستويات التنظيم الإدارى ، وعلى الأخص على مستوى الفرع ، وفى تكوين لجان التأمين الصحى الذى كان يهدف أساساً إلى أوسع مشاركة جماهيرية ممكنة أثناء التطبيق .

ومع ذلك فما زال التأمين الصحى يدار بأسلوب بيروقراطى . والسبب فى ذلك أن الأجهزة الإدارية المختلفة التى أشرنا إليها فى الجزء السابق معطلة عن العمل ، مثال ذلك اللجنة الإدارية على مستوى الفرع التى لا تجتمع بتاتاً ، ومجالس إدارة المستشفيات التى لم تشكل بعد ، ولجان التأمين الصحى توقفت نهائياً عن العمل . ويبدو أن المسألة متعلقة بتفشى الأسلوب الإدارى البيروقراطى الذى لا يؤمن بدور العاملين ، سواء كانوا منتفعين أو منفذين . وهى ظاهرة عامة على نطاق جميع الأجهزة الإدارية فى الحكومة والقطاع العام ، وإن كانت تتفاوت طبقاً لعقلية

المسئولين القائمين على العمل فى كل مجال من المجالات المختلفة . ويبدو أن القائمين على مشروع التأمين الصحى بالذات قد استفحل لديهم هذا التجاهل للدور الذى يمكن أن تقوم به الجماهير .

هذه هى الملاحظة الأولى. أما الملاحظة الثانية فهى تتعلق بتمثيل العاملين فى مشروع التأمين الصحى فى المستويات الإدارية المختلفة . فرغم الدور الهام الذى يقوم به الموظفون الإداريون ، وأعضاء هيئة التمريض ، والمساعدون الفنيون فى تنفيذ الخدمات الطبية ، لم يرد لهم ذكر بين الهيئات الممثلة فى المجلس الأعلى للخدمات الصحية ، وهيئة التأمين الصحى ، ولجان الفروع وهذا أمر لا ينسجم مع فكرة الديموقراطية الإدارية ، خصوصاً إذا راعينا أنهم يقومون بدور هام للغاية ، فضلاً عن أنهم يمثلون الأغلبية المطلقة للعاملين فى المشروع . وقد جنح المشروع إلى تمثيل الهيئات الإدارية ، والعناصر الفنية من أطباء وخلافه وحدهم ، وهى مظهر آخر من مظاهر العقلية البيروقراطية التى لا تؤمن إيماناً حقيقياً بأن مستقبل المشاريع المختلفة فى بلادنا مرهونة بقدرتنا على تجنيد جهود آلاف العاملين فى كل مجال لتنفيذها على أفضل صورة ممكنة ، ومقاومة الفساد ، والانحراف ، ورفع مستوى العمل باستمرار ، وسد الثغرات التى تظهر أثناء التطبيق .

تقييم مشروع التأمين الصحى فى التطبيق :

ليس من السهل عمل تقييم علمى ودقيق لمشروع التأمين الصحى ، أولاً لأن جميع الإحصاءات والمعدلات المطلوبة لم تتجمع بعد ، ثانياً لأن المشروع لم يطبق سوى فى حدود محافظة الإسكندرية ، وثالثاً لأن التطبيق لم يبدأ إلا منذ ثلاث سنوات تقريباً .

ولكن مع ذلك يمكن منذ الآن عمل تقييم مبدئى لما تم تنفيذه فى الفترة الممتدة من أكتوبر سنة ١٩٦٤ ، وهو تاريخ البداية ، إلى أوائل سنة ١٩٦٧ وسنقسم هذا العرض إلى جزأين .

الجزء الأول خاص بالمشاكل العديدة التى صاحبت التنفيذ فى المراحل

الأولى ولو بشكل سريع وذلك بسبب الخبرة الغنية التى يمكن اكتسابها من هذه المرحلة والتى من شأنها أن تساعد على تفادى الأخطاء التى ارتكبت والعثرات التى تخللت الطريق ، وبالتالى على رسم سياسة أسلم فى المستقبل .

وإذا أردنا أن نبرز أهم الدروس المستفادة من فترة التطبيق الأولى فى الإسكندرية يمكننا أن نجملها فى النقاط التالية :

فترة التمهيد للمشروع

إن مشروع التأمين الصحى يمس المصالح الحيوية لمئات الآلاف من العاملين ، تلك المصالح التى تتعلق بالحياة والصحة وهى مسائل حساسة للغاية ، إنه مشروع شامل يتناول شتى جوانب العلاج والوقاية ، ويضم العاملين فى مجالات الإنتاج والخدمات الحيوية ، ويضرب فى الصميم بعض المصالح الفردية ، خصوصاً فى مجال العلاج الحر ، الذى كان يسيطر عليه — وما زال إلى حد كبير — عدد محدود من كبار الأطباء .

لذلك كله فهو مشروع يحتاج إلى إعداد جيد ، ودراسة مستفيضة ، وترتيبات شاملة لجميع الإمكانيات المالية ، والبشرية ، ولجميع الإنشاءات والأجهزة اللازمة .

ومع ذلك اتسم تنفيذ التأمين الصحى فى الإسكندرية بالتسرع وافتقاده إلى الإعداد الكافى . وترتب على ذلك ، إلى جانب الأخطاء التى عادة ما تصاحب تنفيذ أى مشروع جديد ، مصاعب وثغرات عديدة كادت فى وقت من الأوقات أن تودى بالمشروع .

وهذه المصاعب تتعلق بعدة جوانب من المفيد التعرض لها ولو بشكل سريع .

لقد ذكرنا فيما سبق أن المؤسسة تمثل مرحلة انتقالية من شكل فردى للعلاج ، لا يعتمد على أى تخطيط أو تنظيم عام ، إلى شكل عام مبنى على أسس علمية هدفه قدر متزايد من التخطيط والتنظيم ، ومن كبح جماح المصالح الفردية ، فى سبيل خدمة المصلحة العامة بجماهير المرضى . والمؤسسة العلاجية إذن تنظيم

يرتبط أشد الارتباط بالتأمين الصحى ، ولا يمكن أن يعمل بمعزل عنه .

والفترة الأولى فى تنظيم الخدمات الطبية للعاملين فى المدن على أسس جماعية تبدأ بالاستيلاء على المستشفيات الأهلية ، وقيام المؤسسة العلاجية وتنتهى ببدء التأمين الصحى .

ويفهم من هذا بداهة أن المؤسسة العلاجية تشرع فى عملها قبل التأمين الصحى باستكمال العنصر الفنى فى المستشفيات وإدارتها ، وتوحيد المستويات العلاجية ، وتحديد أجور العلاج بشكل أكثر عدالة ، وضرب احتكار بعض كبار الأطباء لفرص العلاج وإمكانياتها ، وتأسيس أكبر عدد ممكن من العيادات الشاملة ، توفير التخصصات المطلوبة سواء أكانت بين الأطباء أو بين المساعدين الفنيين .

ويعنى هذا بداهة وجوب الانتهاء من تشكيلات المؤسسة العلاجية ، والسماح لها بمباشرة مسئولياتها قبل تطبيق التأمين الصحى بمدة كافية . وهذا ما يتم فعلاً فى محافظة القاهرة حيث تشكل مجلس إدارة المؤسسة العلاجية فى أكتوبر سنة ١٩٦٤ ، وأخذ فى تنظيم المستشفيات منذ ذلك اليوم .

أما فى الإسكندرية فقد بدأ التأمين الصحى على العاملين بالشركات قبل تشكيل مجلس إدارة المؤسسة العلاجية بخمسة أسابيع على الأقل ، وكان هذا أحد أسباب الاضطرابات عند تنفيذ التأمين الصحى فى الإسكندرية .

ومن العوامل التى أدت إلى استمرار هذا الاضطراب تعدد الجهات التى كانت مشرفة على التأمين الصحى . فى الشهر الأول من المشروع كانت هيئة التأمينات الاجتماعية هى المكلفة بتنفيذ التأمين الصحى على العاملين فى الشركات ، بينما هيئة التأمين الصحى كانت تنشط فى اتجاه التنفيذ على موظفى الحكومة ، والحكم المحلى ، والهيئات ، والمؤسسات العامة ، مما أوجد ارتباكاً كبيراً لأن كلا منهما كانت تعمل فى استقلال عن الأخرى ، وتعد الاحتياجات من حيث المستشفيات ، والعيادات ، والأجهزة والأدوية ، والأطباء دون أى تنسيق . وكانت فترة التطبيق على العاملين فى الشركات تحت إشراف هيئة التأمينات الاجتماعية

فترة ارتباك شديدة ، استمرت أيضاً فى المراحل الأولى من إشراف هيئة التأمين الصحى .

إن ظاهرة الخلل فى التنسيق كانت موجودة أيضاً فى العلاقة بين هيئة التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية كما سبق أن ذكرنا . وهذه المظاهر كلها ليست سوى جزء من الوضع العام الذى ما زالت تعانى منه الخدمات الصحية ، والتى تحتاج إلى علاج فى اتجاه إيجاد أجهزة موحدة للتخطيط ، وأجهزة موحدة للتنفيذ تقضى على بعثرة الجهود ، وتكرارها ، وسوء استخدام الطاقات البشرية والمادية ، وهى مسألة هامة بالذات فى بلد ما زالت مواردها محدودة ، وتحتاج أكثر من غيرها إلى حسن استخدام الإمكانيات المتوفرة لديها .

وسنتعرض إلى هذه المشكلة بتفصيل أكبر عند التعرض إلى أجهزة وزارة الصحة الإدارية ، ولكن فى الحدود المتعلقة بنشأة التأمين الصحى ، وما صاحبها من مشاكل ، نجد أنه خلال الندوة التى عقدت بمدينة الإسكندرية لمناقشة التأمين الصحى والتى اشترك فيها وزيرا الصحة والعمل ، ومحافظ الإسكندرية ، ونقيب الأطباء ، وجه سؤال من أحد الحاضرين يقول :

« أجمع الأطباء على وجوب إنشاء هيئة تنسيق بين هيئتى التأمين الصحى (التأمينات الاجتماعية والتأمين الصحى) على نطاق المحافظة ، ويكون لها صفة الإلزام . فهل عمل حساب لذلك ؟ »

وأجاب السيد ؛ وزير الصحة : « إن التنسيق على المستوى الأعلى موجود فى المجلس الأعلى للتأمين الصحى ، وهذا المجلس ممثل فيه كل من الهيئتين اللتين ستتوليان تنفيذ التأمين الصحى ، وهما ملزمتان بتنفيذ قرارات المجلس الأعلى »

وأضاف السيد وزير العمل : « إن طبيعة أوضاع العاملين فى الشركات تختلف عن أوضاع العاملين فى الحكومة ، وهيئة التأمينات لها أسس وقواعد معينة تطبقها على العاملين فى الشركات ، وليس هناك فصل بين الهيئتين القائمتين على التنفيذ ، بل إن التوحيد سيكون من أعلى ، لأن قرارات المجلس الأعلى ستكون

ملزمة للهيئتين . وبالنسبة للتنسيق على مستوى المحافظة ، فإن السيد المحافظ مفوض مشكوراً فى اتخاذ ما يراه من إجراءات لتحقيق هذا التنسيق » .

ومع ذلك ، وبعد شهر فقط من هذا الكلام الجميل صدر القرار الجمهورى بإدماج الهيئتين وإشراف التأمين الصحى على كل ما يتعلق بتنفيذ التأمين الصحى ، سواء على العاملين فى الشركات ، أو على الخاضعين للقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ ، مما يدل على خطأ الانقسام الذى كان قائماً قبل الدمج .

والواقع أن جزءاً كبيراً من المشاكل التى واجهتها هيئة التأمين الصحى فى أيامها الأولى كانت نابعة من الأوضاع التى ورثتها عن هيئة التأمينات الاجتماعية . كما أن هيئة التأمينات الاجتماعية ، قبل البدء فى تشغيل المؤسسة العلاجية ، كرست كل إمكانياتها فى التوسع الفجائى فى المستشفيات ، والمستلزمات ، والأدوية ، والتعاقد مع عدد كبير من الأطباء بطريقة لا تتفق مع الاحتياجات الفعلية ، وبصورة أدت إلى تخزين كميات ضخمة من المستلزمات والأدوية ، وتبديد طاقات كان يمكن أن تفيد المشاريع الصحية ، لو أحسن استخدامها . إن المسألة لم تكن فى ذلك الوقت إلا نوعاً من السباق ، نوعاً من التنافس الضار بين هيئة التأمينات الاجتماعية من جانب ، وأجهزة التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية من الجانب الآخر .

إن إحدى المشاكل التى خلقتها هيئة التأمينات الاجتماعية كانت التعاقدات الكثيرة التى تمت مع الأطباء الممارسين العامين مقابل ٢٢ جنيهاً فى الشهر ، والتى احتارت فى أمرها هيئة التأمين الصحى لأنها لم تكن فى حاجة إلى هؤلاء الأطباء ، فكانت النتيجة أنهم أعيدوا إلى وزارة الصحة .

يضاف إلى ذلك لجوء هيئة التأمينات الاجتماعية ، وبعدها هيئة التأمين الصحى ، إلى عقد اتفاقات مع الأطباء الممارسين أو الأخصائيين فى عياداتهم ، بدلاً من إعداد العيادات فى أماكن العمل ، أو العيادات المجمعة والشاملة ، ثم تشغيل الأطباء فيها بالتعيين أو التعاقد . مما أدى إلى متاعب كثيرة تحملها

المنتفعون ، وإلى وقوع التأمين الصحى تحت رحمة كبار الأطباء .

لقد كان المنتفعون يشكون من بعد العيادات عن أماكن العمل ، وفترات الانتظار الطويلة ، وكثرة عدد المترددين على العيادات فى الفترة القصيرة المحددة للكشف ، (٢ — ٤ بعد الظهر) مما أدى إلى الازدحام والإهمال فى العلاج ، والتفرقة فى المعاملة داخل العيادات الخاصة بينهم وبين المرضى الخصوصيين ، والمواعيد غير الملائمة التى اضطروا إلى تحملها (من ٢ — ٤ بعد الظهر)مثلاً وكثير من المتاعب الأخرى ، كما أدى إلى ارتفاع تكاليف العلاج ، وبالذات تكلفة الدواء ، وإلى خسارة فى الإنتاج نتيجة لضياع الوقت فى الذهاب إلى الأطباء فى عياداتهم .

والحقيقة أن هذه العيوب والعيوب الأخرى تجرنا إلى الحديث عن الخطأ الأساسى الذى ارتكب بداية فى تطبيق التأمين الصحى ، وهو الاستعجال فى التنفيذ ، دون إعداد كاف ، فقد حدد يوم أول أكتوبر تاريخاً للبدء فى المشروع ، ولم تكن الترتيبات اللازمة قد تمت على الوجه المطلوب ولذلك حدثت ارتباكات لا حصر لها . وعندما نقلت اختصاصات التأمين الصحى كلها من هيئة التأمينات الاجتماعية إلى هيئة التأمين الصحى ، وجدت نفسها هى الأخرى مواجهة بضرورة العمل فوراً دون أن تكون قد استعدت له ، وفى نفس الوقت ورثت كثيراً من المشاكل التى تركتها هيئة التأمينات الاجتماعية ، منها مشكلة التعاقد مع عدد كبير من الأطباء الشبان مقابل ٢٢ جنيهاً فى الشهر ، وكذلك التعاقد مع الأطباء الممارسين والأخصائيين فى عياداتهم ، ومنها مشاكل أخرى يمكننا إجمالها فيما يلى :

١ — عدم التمكن من إجراء الحصر الإحصائى لعدد المنتفعين وتجمعاتهم ، وإعداد البطاقات الصحية ، بحيث يبدأ المشروع على أسس مدروسة ، ومعدلات ثابتة ، ويمكن فرض نظام دقيق للرقابة على المترددين على الأطباء .

٢ — البدء فى المشروع دون إعداد العيادات الخارجية والمجمعة والشاملة ،

مما اضطر التأمين الصحى إلى التعاقد مع الأطباء فى عياداتهم ، وترتب على ذلك العيوب والمتاعب التى ذكرناها فى هذا الشأن .

٣ — إهمال عنصر التوعية والدعاية للمشروع ، فالتأمين الصحى مشروع جماعى ، يعتمد فى المقام الأول على التعاون بين الأجهزة المسئولة والمنتفعين . لذلك من المهم للغاية أن تتم توعية جماهيرية واسعة النطاق ، وأن تتبع أساليب العمل الديموقراطى التى من شأنها أن تشحذ كل الجهود ، وتستفيد بكل الإمكانيات . وهذا ما لم يحدث على الإطلاق عند تطبيق التأمين الصحى . وقد حاولت التنظيمات النقابية للأطباء ، والعاملين فى مجال الصحة ، بالتعاون مع الاتحاد الاشتراكى ، أن تتدارك هذا النقص عندما زاد السخط ضد التأمين الصحى من قبل المنتفعين . وقد كان لهذه الجهود أثر مفيد للغاية ، خصوصاً وأن مشروع التأمين الصحى كان يحرم العاملين فى الشركات التى تدخل فى الشرائح العليا (زيادة عن ٥٠٠ عامل) من بعض المزايا ومنها أساساً مجانية العلاج ، حيث إن التأمين الصحى فرض عليهم دفع ١ ٪ من أجورهم ، فضلاً عن ٣ قروش لزيارة الممارس العام ،و ٢٠ قرشاً للزيارة المنزلية . وكان من الطبيعى أن تثير هذه النسبة شيئاً كثيراً من المعارضة بين صفوف هؤلاء العاملين ، مما كان يستلزم إعداداً ذهنيًّا كافياً .

٤ — كان المرضى يتكبدون متاعب كثيرة ، لا فى ترددهم على العيادات الخاصة فحسب ولكن أيضاً فى استلام التحاليل ، وصور الأشعة ، وما شابهها . حيث كانوا يضطرون إلى الانتظار فترات طويلة ، ويعانون من الازدحام الشديد، مما كان يسبب إرهاقاً شديداً للمرضى . وقد تجسدت هذه المتاعب بالذات فى استلام الأدوية ، التى خصص لتوزيعها عدد محدود من الصيدليات التابعة للهيئة ، مما أدى إلى وقوف الطوابير الطويلة أمام هذه الصيدليات ، تعانى من فترات انتظار لا تنتهى .

٥ — وما ينطبق على الصيدليات ينطبق أيضاً على المستشفيات ، حيث كان

المريض يتردد عدة أيام على المستشفى دون أن يستطيع الدخول إلى القسم الذى حول إليه ، وكان هذا التردد سبباً فى تكبد المريض متاعب كثيرة ، وأحياناً آلاماً شديدة بل وخسائر مادية ، فى التعطل ، وفى أيام العمل المفقود ، حيث إنها لم تكن تحتسب له كإجازات مرضية ، كما كانت النتيجة خسارة أيضاً بالنسبة إلى الإنتاج .

٦ — كان هذا النظام يسبب ارتباكاً وتعطيلاً للإنتاج نتيجة لتردد العاملين على العيادات الخاصة البعيدة عن مقر العمل ، ونتيجة لخروج العمال إلى المستشفيات عدة مرات .

٧ — لم تكن الإسعافات الأولية ، ولا خدمات التمريض متوفرة فى المستشفيات مما ترتب عليه عدم القدرة على إسعاف بعض حالات الطوارئ .

٨ — أصبحت الزيارات المنزلية المقررة طبقاً للوائح الحقوق العمالية مسألة عسيرة للغاية ، نظراً لسوء التنظيم ، وبعد الأطباء عن مقر العمل ، وعدم وجود قواعد ثابتة مما جعلها فريسة للمصالح والأهواء .

٩ — وأخيراً قفزت تكاليف مشروع التأمين الصحى ، نتيجة للعوامل السابقة ، إلى أرقام خيالية ، كادت إلى جانب العيوب السابقة ، وإلى جانب السخط الواسع الذى أثاره سوء التطبيق بين الأطباء والعاملين فى المشروع ، وبين المنتفعين ، كادت أن تودى بالمشروع . فقد وصلت هذه التكاليف بالنسبة إلى الفرد الواحد فى السنة إلى ١٣,٥٩٠ ، ولم يكن من الممكن أن يستمر مشروع التأمين الصحى ، وأن يوسع نطاقه مع مثل هذه التكلفة الخيالية .

وفى النهاية إذا أردنا أن نلخص الدرس الأساسى الذى يمكن الخروج به من فترة التطبيق الأولى للتأمين الصحى ، نقول إن مثل هذا المشروع الشامل ، الذى ينبنى على تنظيم جهود مئات من الأطباء والعاملين والإداريين ، والذى يهدف إلى خدمة مئات الألوف من المنتفعين ، لابد أن يعتمد على دراسة دقيقة ،

وإعداد كامل ، لكافة الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة . وأن كل استعجال فى التطبيق قبل التأكد من توفر هذه الشروط لابد أن يؤدى إلى نتائج وخيمة .

ماذا حققه التأمين الصحى؟

بدأت الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية تطبيق التأمين الصحى على العاملين فى الشركات التى يوجد فيها مائة عامل فأكثر بمحافظة الإسكندرية ، اعتباراً من أول أكتوبر سنة ١٩٦٤ . ولكن ، رغبة فى عدم تشتيت الجهود ، صدر القرار الجمهورى رقم ٣٢٩٨ فى ٣٠ أكتوبر ١٩٦٤ والذى بمقتضاه تم نقل اختصاصات الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية فى شئون التأمين الصحى إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى ، التى أصبحت مسئولة عن تنفيذ تشريعى التأمين الصحى ، باستثناء تقديم المعونات المالية النقدية الخاصة بالإجازات إلخ ، والتى ظلت من اختصاص هيئة التأمينات الاجتماعية .

ويجب أن نشير مرة أخرى إلى أن قانون التأمين الصحى قد تضمن عناصر الخدمة الطبية التالية :

١ — الخدمة الطبية التى يؤديها الممارس العام .
٢ — الخدمات الطبية على مستوى الأخصائيين بما فى ذلك أخصائى الأسنان .
٣ — الرعاية الطبية المنزلية عند الاقتضاء .
٤ — العلاج والإقامة بالمستشفى أو المصح .
٥ — العمليات الجراحية وأنواع العلاج الأخرى .
٦ — صور الأشعة والبحوث الطبية والمعملية اللازمة .
٧ — رعاية المرأة العاملة فى حالتى الحمل والوضع .
٨ — صرف الأدوية اللازمة .
٩ — توفير الخدمات التأهيلية لمن يتخلف لديه عجز ، وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية والتعويضية .

ويهمنا أن نبرز فى هذا المجال أن قانون التأمين الصحى قد استحدث رعاية المرأة العاملة فى حالتى الحمل والوضع ،وتوفير الخدمات التأهيلية لمن يتخلف لديه عجز ، وتقديم الأطراف والأجهزة الصناعية والتعويضية .

الإنجازات التى حققها التأمين الصحى

نظراً لأن الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية كانت قد بدأت بالتطبيق على العاملين بالشريحتين الأولى والثانية لهذا رأت الهيئة العامة للتأمين الصحى ، بمجرد توليها الأمور ، ضرورة القيام بعمليات الحصر بالنسبة لهاتين الشريحتين ، حيث إن هذا العمل التمهيدى الهام لم يكن قد تم بداية التطبيق، وهى فى الواقع عملية شاقة ، وتحتاج إلى جهود كبيرة ، ومراجعة مستمرة، ودقة . ولكنها أساسية فى التخطيط للتأمين الصحى .

١ ــ عدد المنتفعين :

وقد بلغ عدد هؤلاء المنتفعين حوالى ١٣٨٠٠٥ منتفع فى بداية التطبيق ، ولكن تطور عدد هؤلاء المنتفعين حتى وصل إلى ١٨٣,٧٥٨ منتفعاً فى مارس سنة ١٩٦٧ .

والجدول رقم ٣٨ يبين تطور عدد المنتفعين اعتباراً من يونية سنة ١٩٦٥ حتى مارس سنة ١٩٦٧ .

جدول رقم ٣٨

الشهر	عدد المنتفعين	الرقم القياسى
يوليو ٦٥	١٣٨٠٠٥	١٠٠
يوليو ٦٦	١٦٣٢٠٢	١١٨
سبتمبر ٦٦	١٧١٠٦٩	١٢٤
ديسمبر ٦٦	١٨٠٥٠٥	١٣٠
مارس ٦٧	١٨٣٧٥٨	١٣٣

ويتضح من هذا الجدول أن عدد المنتفعين ارتفع فى يونية سنة ١٩٦٦ عنه فى يونية سنة ١٩٦٥ بنسبة ١٨ ٪ ، أى أن عدد المنتفعين زاد خلال هذه السنة ٢٤٦٩٧ منتفعاً ، واستمر عدد المنتفعين فى الزيادة حتى وصل إلى ١٨٣٧٥٨ منتفعاً فى مارس ١٩٦٧ ، أي بزيادة قدرها ٣٣ ٪ عن يونية سنة ١٩٦٥ .

وحتى يسير المشروع على أسس سليمة ، قامت الهيئة باستخراج بطاقة لكل منتفع تمكنه من الحصول على الخدمات الطبية المختلفة ، كما تمكن أجهزة التأمين الصحى من إحكام الرقابة على المنتفعين بخدمات المشروع ، وحصر محاولات الغش ، أو سوء الاستغلال .

أما بالنسبة للشريحة الثالثة فقد قامت الهيئة أخيراً بحصر المنتفعين فى الشركات التى يتراوح عدد عامليها بين ٢٠ — ٩٩ عاملاً تمهيداً لتطبيق التأمين الصحى عليهم . وقد صدر القرار الوزارى رقم ٦٠ لسنة ١٩٦٧ الخاص بالتطبيق على هذه الفئة ، ونفذ على ما يقرب من ١٣ ألفاً من العاملين حتى آخر أكتوبر ١٩٦٧. وبذلك يبلغ عدد المنتفعين بالقانون رقم ٦٣ (لسنة ١٩٦٤) ١٩٦,٦٨٩ .

* * *

٢ — تنظيم الخدمة الطبية :

(ا) العلاج خارج المستشفيات

— خدمة الممارس العام :

على ضوء الدراسات التى تمت أشرنا إلى ضرورة توفير طبيب ممارس لكل ١٣٠٠ منتفع ، حتى يستطيع أن يقوم بأداء واجبه بطريقة سليمة ، لأن الطبيب الممارس هو الأساس الذى تقوم عليه باقى الخدمات الطبية ، وفى الوقت نفسه وضع حد أدنى للمستوى المهنى الواجب توافره فى كل من يتقدم لهذا العمل ، وحددت الطريقة التى يجب أن يتم بها تجهيز العيادة الطبية للممارس ، وقد تم العمل على أساس تقديم خدمة الممارس داخل المنشأة نفسها ، حتى لا يضيع وقت العامل فى الانتقال من مقر عمله إلى الطبيب الممارس ، مما يؤثر

على الكفاية الإنتاجية ، إلا أنه بالنسبة للتجمعات العمالية الصغيرة الحجم ، والتى يعمل بكل منها أقل من ٣٠٠ عامل ، والتى تخرج عن نطاق المصانع ، مثل العاملين فى بعض البنوك ، والمحال التجارية الكبيرة ، وشركات التأمين ، فقد تم تنظيم عمل الطبيب الممارس لهذه الفئات عن طريق إنشاء عيادات مجمعة للممارسين العامين ، بحيث تخدم العيادة الواحدة ١٠,٠٠٠ منتفع . ومن البحوث والدراسات التى قامت بها الهيئة بلغ إجمالى حالات التردد على الأطباء الممارسين ١,٣٥٢,٠٠٠ حالة عن العام من ١ / ٤ / ٦٥ إلى ٣١ / ٣ / ٦٦ ، فى حين بلغ متوسط المنتفعين عن نفس السنة ١٥٠,٠٠٠ منتفع ، وبهذا تبلغ نسبة التردد اليومى على الطبيب الممارس ٢,٣ ٪ من عدد المنتفعين على أساس أن السنة ٣٠٠ يوم .

أما عن العام من ١ / ٤ / ٦٦ إلى ٣١/ ٣ / ٦٧ فقد بلغ إجمالى حالات التردد ١,٠٧٥,٠٠٠ حالة فى حين بلغ متوسط عدد المنتفعين ١٧٠,٠٠٠ منتفع وبهذا تبلغ نسبة التردد اليومى ٢,١ ٪ .

ويبدو أن أسباب الانخفاض فى نسبة التردد ترجع أساساً إلى إحكام الرقابة على خدمة الممارس من الناحيتين الإدارية والفنية ، وكذلك على المنتفعين أنفسهم . ومن المتوقع أن تقل هذه النسبة باضطراد بعد إصدار لائحة العاملين الجديدة التى تقضى بخصم نسبة ٣٠ ٪ من الأجر حتى فى الثلاثة أيام الأولى من الإجازة المرضية .

بيان التردد على الأطباء الممارسين فى الشهور الستة الأخيرة (أكتوبر سنة ١٩٦٦ إلى مارس سنة ١٩٦٧) .

جدول رقم ٣٩

الشهر	عدد المنتفعين	عدد المرضى	نسبة التردد اليومى	عددأيامالعمل
أكتوبر ٦٦	١٧٦٥٥٧	٩٥٢٧٤	١,٩	٢٧
نوفبر ٦٦	١٧٩٣٠٩	٧٤٥٩٢	١,٦	٢٦
ديسمبر ٦٦	١٨٠٥٩٥	٧٩٨٢٣	١,٧	٢٦
يناير ٦٧	١٨١٨٩٢	٧٢٧٥٧	١,٦	٢٥
فبراير ٦٧	١٨٤٢٨٩	٨٤٠٣٦	١,٩	٢٤
مارس ٦٧	١٨٣٧٥٨	٧٦٠٧٦	١,٨	٢٣
المتوسط			١,٧٥	

من البيان السابق يتضح انخفاض معدلات التردد اليومى على الأطباء الممارسين حيث وصل المعدل العام للتردد اليومى إلى١,٧٥ ٪ وذلك عن الأشهر الستة المنتهية فى ٣١ / ٣ / ١٩٦٧ . وبمقارنة هذا البيان بالأرقام التى حصلت عليها الهيئة بالنسبة لبعض الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى بعد ، اتضح أن معدل التردد اليومى بالنسبة لهذه الشركة عن عام ٦٦ يصل إلى ٣,٨ ٪ ، وذلك بالنسبة للتردد على الممارسين والأخصائيين على حد سواء ، بينما يصل الرقم المقابل إلى أقل من ٢,٥ ٪ بالنسبة للهيئة (عرض على الأخصائيين والممارسين) كما رأينا .

وهذا يبرز لنا حقيقة هامة وهى أن وجود هيئة مركزية للتأمين الصحى يساعد على الحصول على بيانات تفصيلية وموحدة من الناحية الإحصائية مما يساعد الدولة على التخطيط للمستقبل ، فضلاً عن أن إحكام الرقابة على النواحى الإدارية والفنية يحقق مستوى عالياً من الناحية الفنية ، ويمنع سوء استخدام الحق فى الانتفاع بالخدمة الطبية من جانب المتمارضين أو الذين يبالغون فى حالتهم رغم أنها بسيطة مما يحقق خفض التكلفة .

وعند الاطلاع على أرقام التردد الموجودة فى وثائق المجلس الأعلى للخدمات الصحية وجدت بعض الاختلافات . وقد يرجع السبب فى ذلك إلى أنها أرقام تتعلق بفترة قصيرة نسبيًّا (ثلاثة أشهر) من السنة الثانية لتطبيق التأمين الصحى وهى سنة ١٩٦٥ .

- عدد المترددين من المنتفعين فى ٣ أشهر ٢٠٩٣٣١ (أى المنتفع يتردد أكثر من مرة كل ثلاثة أشهر)
- عدد الذين منحوا إجازات فى ٣ أشهر ٣٤,٠٠٠ متوسط الإجازات إذن ٢,٤ يوم للفرد كل ٣ أشهر)
- نسبة التبليغ للممارس ١,٨ ٪ فى عيادات الشركات
- « « « ١,٤ ٪ فى العيادات المجمعة
- « « « ٢ ٪ فى العيادات الشاملة

وفى شهر سبتمبر ١٩٦٧ بلغ عدد الممارسين العامين ١٣٢ طبيباً ، يعمل من بينهم فى العيادات ٩٨ ممارساً عامًّا ، ولذا يكون عدد المنتفعين بالنسبة للممارس العام الواحد بالعيادة ٢٠٧٧ وحيث إن نسبة التبليغ اليومى للمرض هى ١,٧ ٪ من جملة المنتفعين خلال المدة من أول أكتوبر سنة ١٩٦٦ إلى أول سبتمبر سنة ١٩٦٧ يعنى ذلك أن متوسط عدد المرضى اليومى للممارس العام الواحد هو ٣٤ مريضاً ، وهو رقم مرتفع إلى حد ما .

(ب) خدمة الأخصائيين

إن أفضل وسيلة لتقديم خدمة الأخصائيين هى إنشاء العيادات الشاملة فى الأحياء المختلفة ، وهذا هو ما تم فى الإسكندرية . وتضم كل عيادة مجموعة متكاملة من الأخصائيين فى جميع فروع الطب والجراحة. وتوجد الآن ١١ عيادة شاملة (منهم ٢ للمنتفعين بالقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٥ وتسعة للعاملين فى الشركات)

معدة ومجهزة طبقاً لأحدث الوسائل العلاجية . أما بالنسبة للأطباء الأخصائيين فقد وضع حد أدنى لمستوى من يختار للعمل بهذه العيادات ، وقسموا إلى فئات مختلفة تبعاً للخبرة العملية ، والمؤهلات العلمية (مساعد أخصائى ، أخصائى ب ، أخصائى ا ، طبيب استشارى ورئيس قسم) ، ولكل عيادة شاملة مدير متفرغ . وستعمل بعض هذه العيادات فترتين للاستفادة من طاقتها كاملاً بدلاً من إنشاء عيادات جديدة .

والجدول التالى يبين حجم عمل العيادات الشاملة فى الفترة من أول أبريل سنة ١٩٦٥ حتى آخر مارس ١٩٦٧ .

جدول رقم ٤٠

البيان	عن الفترة من ٤/٦٥ حتى ٣/٦٦	الفترة من ٤/٦٦ حتى ٣/٦٧	حجم العمل لكل ١٠٠٠ منتفع	
			عن الفترة من ٤/٦٥ حتى ٣/٦٦	عن الفترة ٤/٦٦ حتى ٣/٦٧
متوسط عدد المنتفعين	١٥٠٠٠٠	١٧٠٠٠٠		
أمراض باطنية	٣٩٧١٨	٣٣٢٦٦	٢٦٥	١٩٤
جراحة	٤٤٥٧٣	٣٨٥٩٦	٢٩٧	٢٢٦
رمد	٦٠٩٢٠	٦١٦٥٠	٤٠٦	٣٦٢
أنف وأذن	٣١٥٠٧	٤٤١٦٩	٢١٠	٢٦٠
جلد	٣٩٨٤١	٣٠٠٨١	٢٦٥	١٧٦
عظام	٣٥٧٥٦	٣٤٠٦٧	٢٣٨	٢٠٠
مسالك بولية	١٦٨٦٧	١٥٠٣٨	١١٢	٨٨
صدرية	٢٢٠٢٣	١٩٨٥٥	١٤٧	١١٢
أمراض نساء (١)	٦٨٩٩	٦٣٠١	—	—
عصبية	١٧٧٩٧	١٤١٤١	١١٨	٨٢
جراحة أعصاب	—	١٤٤١	—	٨
أسنان (٢)	٥٩٩٣٦	٦٣٥٧٦	٤٠٠	٣٧٤
تحاليل	٣٥٨٩٥	٥٤٤٠٩	٢٣٩	٣٥٠
تركيب أسنان	٧٤٧	٥٥٥٧	—	—
كشف نظارات	١٨١٧	٦٣٩٤	—	—
جملة	٤١٨٣٢٣	٤٤٢٥٣٧	٢٧٨٩	٢٦٠٣
جملة إصابات العمل (جديدة تردد)	١٧٧٨٦٥	١٠٣٩٩٣		
جملة النشاط	٥٩٦١٨٧	٥٤٦٥٣٠		

(١) هذا التخصص خاص بالمنتفعات فقط .

(٢) بدأ تسجيل حالات التردد بالنسبة لتركيب الأسنان والنظارات اعتباراً من أول فبراير سنة ١٩٦٦ .

ومن الجدول السابق يتضح زيادة إجمالى حجم العمل بالنسبة إلى العيادات الشاملة خلال عام ٦٦ /٦٧ بنسبة لا تتجاوز ٥ ٪ عن العام السابق . فلو أخذنا فى الاعتبار إضافة تخصصات جديدة ، مثل جراحة الأعصاب ، بخلال عام ٦٦ / ٦٧ ، وكذلك زيادة أعداد المنتفعين فى هذه السنة عن السنة السابقة بمقدار ٢٠,٠٠٠ منتفع تقريباً ، يتضح أن حجم العمل مقارناً بعدد المنتفعين قد نقص خلال عام ٦٦ / ٦٧ عنه فى العام السابق فيتردد المنتفع الواحد على الأخصائى فى المتوسط ٢,٧ مرة فى السنة .

وتدل التقارير الأخيرة حتى شهر سبتمبر سنة ١٩٦٧ أن نسبة المحولين للأخصائيين وهو ١٤,٧ ٪ ، ونسبة المحولين من إصابات العمل ٢١,٧ ٪ من الشريحة التى تقل عن ١٠٠ عامل و ٣٣,٧ ٪ من المصابين فى الشريحة ١٠٠ عامل فأكثر ، ونسبة الذين منحوا إجازات من مرضى التأمين الصحى ١٥,٧ ٪ وبلغ متوسط الإجازة للحالة ٢,١ من الأيام وقد انخفضت معدلات العرض على الأخصائيين خلال عام ١٩٦٦ / ٦٧ عنه خلال سنة ١٩٦٥ / ٦٦ ، ويرجع ارتفاع معدلات العرض خلال عام ٦٥ / ١٩٦٦ إلى أنه لم يكن قد مضى على تنفيذ المشروع سوى بضعة أشهر ، مما أدى إلى شدة الإقبال على خدمات الأخصائيين ، ولكن بعد مرور هذا العام ، بدأ المستوى الصحى للمنتفعين فى الارتفاع ، وبدأت تخف موجات الضغط على خدمات الأطباء الأخصائيين مما أدى إلى انخفاض معدلات التردد من حوالى ٨ (فى الألف) فى المتوسط عام ٦٥ / ١٩٦٦ إلى ٥,٦ (فى الألف) عام ٦٦ / ١٩٦٧ .

وهذا يدل دلالة واضحة على المجهود الذى بذلته الهيئة للنهوض بالمستوى الصحى كما يشير إلى أن تطبيق مشروع التأمين الصحى يؤدى إلى رفع الكفاية الإنتاجية للعاملين .

ومن ناحية أخرى فإن اتجاه معدلات التردد على الأخصائيين إلى الانخفاض يؤدى إلى ميل متوسط تكلفة المنتفع الواحد إلى الانخفاض ، بما يخفف العبء

على خزانة الدولة والاقتصاد القومى ، كما يساعد على تحقيق التوازن بين عدد الأطباء والأخصائيين وعدد السكان فى الدولة ، ولا يفوتنا أن ننوه إلى ارتفاع معدلات العرض على الأخصائيين بصفة عامة فى أشهر الصيف عنه فى أشهر الشتاء .

ويمكن تفسير هذا الانخفاض بازدياد خبرة الأطباء نتيجة لممارسة العمل ، وانتهاء الاندفاعة الأولى التى صحبت قيام التأمين الصحى ، ويلاحظ زيادة عدد حالات التحاليل فى العام الأخير وهو يدل على أن هناك اعتماداً متزايداً على الأساليب المعملية فى التشخيص مما يساعد على رفع مستوى الخدمة الطبية وتخفيض استهلاك الدواء .

إن معدلات التردد والإجازات المرضية من المسائل الهامة التى تحتاج إلى بحث لأنها متعلقة بالإنتاج . ومن مميزات التأمين الصحى أنه نظام شامل يتضمن مستويات علاج وتحويل محددة ، ويعطى إمكانيات الإحصاء الدقيق ، والدراسة العلمية .

وهناك عدة ملاحظات نريد إبداءها على الإحصائيات التى قامت بها هيئة التأمين الصحى .

فعلى مستوى الممارس العام وجد أن الحد الأقصى من المرضى الذى يستطيع الممارس العام أن يكشف عليهم فى الفترة الواحدة صباحية كانت أم مسائية ، هو ٢٤ مريضاً . وعلى هذا الأساس فإن عدد الممارسين المطلوبين لخدمة المنتفعين فى أى منطقة من المناطق يمكن حسابه بسهولة .

كما أن هناك عدة نقاط يجب تسجيلها فيما يتعلق بإحصائيات التحويل على الأخصائيين . فنجد أن بعض الأخصائيين يشكون من كثرة الحالات المعروضة عليهم ، مما يؤدى إلى إرهاقهم فى العمل ، وإلى الهبوط فى مستوى اهتمامهم بالمرضى ، ونخص بالذكر حالات كشف النظارات التى تطلب وقتاً طويلاً

وجهداً كبيراً من أخصائى الرمد والتى يجب إذن أن تكون فى حدود عدد معين من المنتفعين منعاً للإرهاق ، وضماناً لدقة الكشف .

ــ إن إحصائيات التردد على الأخصائيين لا تشمل جميع حالات الأسنان ، والحالات التى تعرض على أخصائى أمراض النساء والولادة ، حيث إن المرضى يتوجهون مباشرة إلى الأخصائيين المختصين ، دون المرور على الممارس العام . ولذلك فإن الإحصائيات الخاصة بنسبة التحويل من الممارس العام إلى الأخصائى وهى ١٤,٧٪ حتى سبتمبر سنة ١٩٦٧ لا تمثل الواقع رغم أنها تعتبر من النسب العالية .

ــ إنه فى التأمين الصحى ، على عكس النظم التى كانت تنفذ فى الشركات لا يؤخذ رأى الممارس العام فى المنشأة ، قبل إدخال المريض إلى المستشفى ، وهذه التفرقة قد تكون ذات أهمية خاصة فى الإنتاج . فقد يتعلق الموضوع بأحد العاملين الذين يقومون بدور أساسى فى عمليات الإنتاج ، مثل سائق القطار ، أو العطشجى فى السكك الحديدية ، أو مثل بعض الفنيين فى محطة كهربية إلخ . وقد تكون العملية المطلوبة مسألة تحتمل التأجيل مثل الفتق أو اللوز إلخ . . . بينما المنشأة لا تستطيع فى الفترة المعينة بالذات أن تستغنى عن العاملين فى هذه الأماكن الحساسة . وعموماً من المفروض أن توجد علاقة وثيقة بين الأخصائى والممارس العام وأن يتم تبادل الرأى بينهما باستمرار ، وأن يكون الممارس العام على علم بجميع الخطوات التى يمر بها المريض بعد تحويله إلى الأخصائى .

ــ لا توجد معدلات تردد بالنسبة إلى نوع العمل . وهذا نقص مهم مرتبط بالأمراض المهنية ، ويمكن أن تلعب مثل هذه الإحصاءات دوراً هاماً فى كشف بعض الحقائق الجوهرية فى علاقة المرض بمهن وأعمال معينة . كما أن معرفة نسب التردد فى الأعمال المختلفة أو طبقاً للجنس لها أهمية فى دراسة الصلاحية لأعمال معينة .

ــ معدلات التردد على الأخصائيين هى ١٥ ٪ من عدد المرضى الذين يعالجون بواسطة الممارس العام ، وإن كانت تختلف باختلاف المناطق ،

والمنشآت ، وأنواع العمل، فهى مثلاً ٢٧ ٪ فى التعدين و ١٤ ٪ فقط فى الأعمال المكتبية . وعلى أية حال فهى ليست ثابتة بالنسبة للتخصص الواحد حتّى الآن (جدول رقم ٤١) .

جدول رقم ٤١

متوسطات العرض على فروع التخصص في الفترة الواحدة فى ٣ أشهر		عدد الأخصائيين
الجراحة	٩ — ٢١	١٣
باطنى	٨ — ٢٦	٩
رمد	١١ — ٢٣	١٤
أنف وأذن	١٠ — ٢١	٩
جلدية	١٦ — ٢٧	١٠
عظام	١٧ — ٣٥	٩
مسالك	١٨ — ٢٨	٥
صدرية	٩ — ١٨	٩
نساء	٧ — ١٤	٣
عصبية	٤ — ١٦	٥ +١ جراحة أعصاب
أسنان	٩ — ٣٠	١٣
تحاليل	٢٥ — ٤٠	٤
أشعة	٢٢ — ٢٦	٣

أما معدلات التردد على الممارس العام فهى تختلف أيضاً باختلاف المكان ونوع العمل . وقد لوحظ مثلاً أنها ترتفع إلى ٣٫٢ ٪ فى المناطق النائية مثل رأس غارب والغردقة . بل وإلى ٥٫٥ ٪ فى الأماكن التى يوجد فيها فرص عمل خارجى يمكن أن ينتفع بها العاملون إذا حصلوا على إجازات مرضية (مثلاً السمكرية والكهربائية والنجارين إلخ . فى بعض منشآت القطاع العام) .

تدخل الغيارات ضمن نسب التردد على عيادة الأخصائى أو العيادة الشاملة وهى تتم أثناء ساعات العمل وإن كانت تسجل فى دفتر خاص . هذا بينما فى ظل نظام علاج الشركات تعمل الغيارات بعد ساعات العمل ولها سجل خاص يسمح بإخراجها من إطار نسب التردد العادية كما يسمح بتوفير جزء من وقت العمل الضائع .

وبشكل عام فإن الملاحظ أن نسب التردد تقل نتيجة للعوامل التى ذكرناها من قبل ونتيجة أيضاً إلى أنه فى المراحل الأولى من التأمين الصحى اندفع المنتفعون للاستفادة من الخدمات وإجراء العمليات البسيطة مثل اللوز والفتق والبواسير كذلك لعمل الأجهزة التعويضية كالنظارات وأطقم الأسنان . وعند انتهاء هذه الموجات الأولى انخفض عدد المترددين .

ومن ناحية أخرى فإن لوائح العاملين الجديدة والرقابة التى أصبحت أكثر دقة نتيجة لنظام التأمين ومعدلاته تلعب دورها أيضاً فى تخفيض نسبة التردد والتمارض وبالتالى فى خدمة قضية الإنتاج دون أن يكون ذلك على حساب المستوى الصحى للعاملين والاعتبارات الإنسانية .

(ج) الخدمة الطبية داخل المستشفيات

كان عدد الأسرة المتاحة لفرع التأمين الصحى بالإسكندرية عند بدء التنفيذ بمحافظة الإسكندرية ٥٥٠ سريراً زيدوا إلى ٧٩٧ سريراً فيما بعد ، ثم إلى ٨٧٣ سريراً تقريباً عند تطبيق قانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ . وبهذا يكون معدل الأسرة الحالى ٣,٩ أسرة لكل ألف .

وبهذه الطريقة استطاعت الهيئة أن توفر الأسرة اللازمة لعلاج جميع المنتفعين والقضاء على قوائم الانتظار .

والجدول رقم ٤٢ يبين الجهود التى بذلت بالنسبة للعلاج داخل المستشفيات فى الفترة من ١ / ١٠ / ٦٦ حتى ٣١ / ٣ / ٦٧ .

جدول رقم ٤٢

الشهر	عدد حالات الدخول	متوسط انشغال الأسرة	فحص الأشعة	فحص المعمل	عمليات جراحية	علاج طبيعى
١/٦٦	٧٨٨	٤٠٥	١٨٩٤	٣٣٤٧	٣١٧	—
٢	١١١٤	٦٥١	٣٢٢٣	٤٧٩٧	٥١٤	١٧٨٢
٣	١٠٨٠	٥٦١	٢٣٣٣	٤٩٣٧	٦٦٠	٢١٣٦
٤	١١٠٠	٤٧٠	٢٠٦٣	٣٧٩٨	٥٤٢	١٥٤٩
٥	١٤١٥	٦٠٨	٣١٠٢	٦١٧٨	٨٤٥	١٩٢٠
٦	١٢٩٩	٥٧٨	٢٠٢٨	٣٥٦٧	٦٦٣	٢٠٨٩
٧	١٣٩٧	٥٦٨	١٧٣١	٣٣٠٨	٧٤٨	٢٢٩٠
٨	١٥٨٠	٦٠٥	١٧٤٧	٣٨٩٧	٨٢٩	٢٠٨٦
٩	١٥٣٧	٥٩١	١٧١٣	٣٧٣٢	٧٣٥	١٨٩٢
١٠	١٧٧١	٦٥٣	١٩٦٨	٤١٧٩	٨٧٦	١٨٠٣
١١	١٤٣٥	٦١٦	١٦٩٠	٣٧٨٦	٦٧٣	٢٠٢٣
١٢	١٠٩٥	٥٧٤	١٤٠٤	٢٨٥٧	٥٢٧	٢٠٣٧
١/٦٧	١١١٢	٤١٠	١٢٧٨	٣٠٤٦	٤٠٤	٢٢٢٨
٢	١٢٩٥	٥٣٠	١٥٨٢	٣٧٢٠	٦٧٥	٢٤٧٣
٣/٦٧	١٢٢٠	٤٨٣	١٢٧٥	٢٣٩٩	٤٨٩	١٦١٩
المجموع	١٩٢٣٨		٢٩٠٣١	٥٧٥٤٨	٩٤٩٦	٢٦٣٠٨

وهناك قسم خاص لمرضى السل فى مستشفى الإسكندرية (حالات الدرن المقفلة وحالات تحول إلى مستشفى الأمراض الصدرية بالإسكندرية) . فى المراحل الأولى عانى المرضى من وجود قوائم انتظار . ولذلك تم الاتفاق على إدخال مرضى السل فى درجة بالأجر ليجنب هذا الوضع . أما الجذام فيعالج فى المستشفيات النوعية المخصصة لعلاج هذا المرض .

وفى الفترة الأخيرة أمكن توفير مستوى فى مرتفع خصوصاً بالنسبة إلى

العمليات التى تحتاج إلى مهارات خاصة مثل جراحات الصدر ، والقلب ، والمخ ، وكذلك العلاج الجراحى للسرطان .

وقد انخفض متوسط نصيب المنتفع الواحد من تكلفة الخدمة داخل المستشفيات من ٣,٢٦٠ جنيهاً عن العام المنتهى فى ٣٠ / ٦ / ٦٥ إلى ٣,٢١٥ جنيه عن العام المنتهى فى ٣٠ / ٦ / ٦٦ . رغم ميل الأسعار عموماً للارتفاع .

إن متوسط عدد أيام إقامة المرضى فى الأسرة كان مرتفعاً للغاية فى التأمين الصحى ، ولكن أمكن تخفيضه فيما بعد إلى ثلاث دورات فى الشهر أى ١٠ أيام .

ومن المشاكل الأخرى التى ما زال يعانى منها التأمين الصحى هو ارتفاع تكلفة السرير الذى وصل إلى ٦٨٦ جنيهاً فى السنة أى ٢٥ جنيه للحالة الواحدة على أساس أن السرير الواحد يغطى ٣٠ حالة فى السنة . هذا بينما تكلفة السرير الواحد فى القطاع الخاص لا تتعدى ٦٠٠ جنيه فى السنة .

يضاف إلى ذلك أنه ما زالت هناك نسبة عالية من الأسرة الخالية (٢٥ ٪ تقريباً) . وهذه خسارة مطلقة للتأمين حيث إن السرير الخالى يتكلف ٢٥٠ جنيهاً فى السنة . وبهذا تكون الخسارة السنوية ٢٥٠ × ٢٥٠ = ٦٢,٥٠٠ جنيهاً تقريباً ، وهذه الخسارة ناتجة من انعدام التنسيق بين الجهات الطبية المختلفة التى تقدم خدمة المستشفيات للمواطنين (وزارة الصحة ، المؤسسة العلاجية ، الجامعات ، بعض مستشفيات الهيئات الحكومية أو العامة ، القطاع الخاص) وهو موضوع آن الأوان لعلاجه .

(د) التأهيل الطبي والأجهزة التعويضية

قامت الهيئة بإعداد وحدة للعلاج الطبيعى بمستشفى الإسكندرية . كما قامت بإنشاء مراكز لعمل النظارات ، بالإضافة إلى إنشاء ٦ مراكز لتركيب أطقم الأسنان. وتم التعاقد مع شركات القطاع العام لعمل النظارات ، ومع عدد من مراكز أطقم

الأسنان والأجهزة التعويضية الأخرى لشدة الإقبال على هذا النوع من الخدمات.

والجدول رقم ٤٣ يبين حجم هذا النوع من النشاط عن السنة المنتهية فى ٣٠ / ٦ / ٦٦ ، وكذلك عن ستة أشهر من السنة الحالية.

جدول رقم ٤٣

المدة	النظارات		أطقم الأسنان		أطراف صناعية		سماعة الأذن
	عدد المنصرف	نصيب كل ١٠٠٠ منتفع فى السنة	عدد المنصرف	نصيب كل ١٠٠٠ منتفع فى السنة	عدد المنصرف	نصيب كل ١٠٠٠ منتفع فى السنة	
٧/٦٥ حتى ٣٠/٦٦	٨٩٩١	٦٠	١١٥٨	٨	٦١٦	٤	١٣
ستة أشهر من ١/١٠ إلى ١٩٦٧/٣/٣١ فى سبيل المقارنة	٤٣٢٩	٥٠	١٤٠٧	١٦	٣٧١	٤	١٤

(هـ) الدواء

عندما تولت الهيئة العامة للتأمين الصحى تطبيق المشروع فى ٣١/ ١٠ / ٦٤ كان الدواء الخاص بالعلاج خارج المستشفيات يصرف من صيدليات موجودة بالعيادات الشاملة ، ونظراً لقلة عددها ، وعدم إعدادها إعداداً فنياً كاملاً ، قامت الهيئة بالتعاقد مع عدد كبير من الصيدليات فى القطاعين العام والخاص (أكثر من مائة) وذلك لتيسير صرف الدواء ، والقضاء على شكوى المنتفعين فى هذا الشأن.

وقد بلغ متوسط تكلفة المنتفع الواحد من هذا البند ٤,٣ جنيهات عن

العام المنتهى فى ٣٠ / ٦ / ٦٥ . مما دعا إلى ضرورة العمل على بحث الوسائل الكفيلة بإحكام الصرف ، دون المساس بمستوى الخدمة على قدر الإمكان . ولذلك حددت مجموعات دوائية معينة فى قوائم محددة ، قام بوضعها مجموعة من الفنيين ، على أساس مراعاة كل عناصر الدواء اللازمة لعلاج معظم الأمراض فى كل مجموعة ، بدلاً من ترك مسألة صرف الدواء بدون أى قيود .

ونتيجة لهذه الجهود انخفض متوسط تكلفة المنتفع الواحد من الدواء ، خارج المستشفيات ، إلى ٣,٦ جنيهات عن العام المنتهى فى ٣٠ / ٦ / ٦٦بدلاً من ٤,٣ جنيهات . وتشير الدلائل إلى استمرار هذا الانخفاض فى ٦٦ /٦٧ . ويبلغ متوسط تكلفة تذكرة الدواء خارج المستشفى ٤٨٠ مليما .

وصدرت توجيهات فى الأشهر الأخيرة بألا يصرف دواء للمريض يكفى لأكثر من ٤ أيام . وعلى ذلك تقوم الهيئة بإجراء مفاوضات مع المؤسسة المصرية العامة للأدوية لعمل عبوات خاصة من الأدوية الجاهزة لمرضى التأمين الصحى ، وكذلك تعبئة الأقراص فى شرائط بهدف تقليل استهلاك الأدوية ، وزيادة الرقابة على صرفها ، ومنع تداولها أو بيعها حيث إن كمية الدواء التى ستوضع فى العبوات الخاصة ستتناسب مع مدة العلاج اللازمة للمرضى .

وسيترتب على هذا النظام ميل متوسط تكلفة المنتفع الواحد من الدواء خارج المستشفيات إلى الانخفاض مرة أخرى .

ومع ذلك فقد لوحظ أن متوسط ثمن التذكرة الطبية لم يقل فى سنة ٦٦ / ٦٧ عن سنة ٦٥ / ٦٦ . وهذا يدل على أن مستوى العلاج للفرد لم يقل .

وقد روعى فى خدمة الدواء أن يسمح للمنتفع باختيار الصيدلية التى يريدها . ومسألة الدواء ما زالت تشكل إحدى صعوبات المشروع حيث إن التكلفة عالية ، والتعامل مع القطاع الخاص لابد منه فى المرحلة الحالية . ولكن مع اتساع المشروع ، ومع إحكام الرقابة والمعدلات ، ومع زيادة عدد صيدليات القطاع

العام يمكن التحكم فى تكلفة الدواء بطريقة أفضل .

* * *

٣ ـ التوازن المالى للمشروع

حدد القانون المصدر الرئيسى لتمويل مشروع التأمين الصحى بنسبة مقدارها ٤ ٪ من أجور العاملين . وذلك للقيام بأداء الخدمات الطبية الخاصة بمشروع التأمين الصحى . ولهذا كان لابد من السعى لتطبيق الأساليب الحسابية السليمة لتقدير التكاليف المختلفة للخدمات الطبية ، واتخاذ هذه التكاليف كأداة للرقابة على المشروع ، حتى تتمكن الهيئة من تحقيق التوازن بين مصروفاتها وإيراداتها ، وبهذا نتجنب الالتجاء إلى خزانة الدولة لسد أى عجز قد يحدث .

وقد دلت النتائج الخاصة بدراسة التكاليف عن العام المنتهى فى ٣٠ / ٦ /٦٥ عن وجود عجز بين المصروفات والإيرادات حيث بلغ متوسط نصيب المنتفع الواحد من الإيرادات الخاصة بالمشروع ١٠ جنيهات و ٧٨ مليما وتشمل اشتراكات التأمين الصحى .

(العلاج فقط) واشتراكات إصابات العمل المخصصة للعلاج (١,٢٥ ٪) فى حين بلغ متوسط تكلفة المنتفع الواحد ١١,٥٤٣ أى بعجز قدره ١,٤٦٥ للمنتفع الواحد .

ولذلك كان لابد من إحكام الرقابة على جميع بنود التكاليف ، وضغط المصروفات ، دون المساس بمستوى الخدمة ، حتى يتحقق التوازن المالى للمشروع . وقد أمكن تحقيق هذا التوازن عن العام المنتهى فى ٣٠ / ٦ / ٦٦ حيث هبط مستوى تكلفة المنتفع الواحد إلى ١٠,٠٨٤ جنيهات بما فى ذلك تكلفة علاج إصابات العمل وأمراض المهنة ، أى أن متوسط تكلفة المنتفع هبط بمقدار ١,٤٥٩ عنه فى العام السابق ، وإن كان من المرجح أن الفضل فى هذا التوازن يرجع أساساً إلى الدخل من اشتراكات إصابات العمل ، والذى يزيد عن المنصرف عليها .

ولا شك أن هذا التوازن المالى يساعد الهيئة على التوسع فى تنفيذ مشروع التأمين الصحى ، خصوصاً وأن متوسط تكلفة المنتفع الواحد يميل إلى الانخفاض ، كلما توسعت الهيئة فى تطبيق المشروع ، نظراً لأن المصروفات الثابتة يتم توزيعها على عدد أكبر من المنتفعين . وهكذا كلما ركزت الخدمات الخاصة بالتأمين الصحى فى يد هيئة واحدة قادرة على التخطيط ، كلما أدى ذلك إلى انخفاض متوسط ما تتحمله الدولة من نفقات علاج العاملين ، وهذا يسمح بالتوسع أسرع مما لو ترك العلاج فى أيدى الشركات والهيئات لتنفذها كل جهة بطريقتها الخاصة ، وبتكاليف تتباين من منشأة إلى منشأة .

* * *

إنجازات القانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤

فور تشكيل هيئة التأمين الصحى ، فى أوائل أكتوبر سنة ١٩٦٤ ، بدأت بإعداد الخطوات اللازمة لتطبيق القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ الخاص بتطبيق التأمين الصحى على العاملين فى الحكومة ، والهيئات العامة ، والمؤسسات العامة ، ووحدات الإدارة المحلية . ولكن نظراً لنقل اختصاصات الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية ، فيما يتعلق بتطبيق التأمين الصحى على العاملين فى الشركات ، إلى الهيئة العامة للتأمين الصحى فى آخر أكتوبر سنة ١٩٦٤ ، كان لابد من التريث فى تطبيق القانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ إلى ما بعد استقرار التطبيق على العاملين فى الشركات ، وخصوصاً بعد الارتباك الذى حصل فى المراحل الأولى . وذلك بهدف الاستفادة من أخطاء هذه التجربة الأولى وتصحيحها . وقبل أن يجىء وقت تطبيق القانون ٧٥ بدأت الخطوات التمهيدية اللازمة .

١ ــ مراجعة عمليات حصر المنتفعين واستخراج البطاقات

تم الحصر الأول فى أواخر سنة ١٩٦٤ ، ولذلك كان من الضرورى بعد مرور هذه الفترة الطويلة أن تعمل عملية مراجعة لاستبعاد حالات الخروج من نطاق التطبيق

بسبب النقل ، أو الوفاة ، أو التقاعد ، ولإضافة الحالات الجديدة . وقد بلغ عدد المنتفعين الذين تم حصرهم ٦٤٦٨٧ منتفعاً وإن كان من المرجح أن يصل العدد إلى ٧٠,٠٠٠ ، وسلمت البطاقات لأصحابها . وقد طبق التأمين حتى الآن على ما يقرب من ٢٩,٧١٣ من المنتفعين بالقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ ، وذلك فى الجهات التى يوجد فيها مبالغ للعلاج ، لأنها كانت تقدم رعاية طبية مجانية ، وبذلك يبلغ إجمالى عدد المنتفعين بالتأمين الصحى فى الإسكندرية ٢٢٦,٤١٠ .

٢ ــ الخدمة الطبية خارج المستشفيات

أعدت العيادات المجمعة ، والعيادات الشاملة اللازمة للتطبيق . فقد أثبتت التجربة أن الاعتماد على العيادات الخاصة يجلب مشاكل كثيرة .

وتقدم الخدمات الطبية على أساس :

(ا) خدمة الممارس العام حيث وزع المنتفعون على العيادات المجمعة للممارسين العامين طبقاً لأماكن إقامتهم ، حتى يمكن أن يتقدم المنتفعون الذين يحملون بطاقات التأمين الصحى إلى أقرب عيادة مجمعة مخصصة لهم . ويقوم الممارس العام بالكشف على المنتفعين وعلاجهم وتحويل من تحتاج حالته إلى رعاية الطبيب الأخصائى فى العيادة الشاملة التى يتبعها المنتفع ، فيما عدا حالات الأسنان والعيون وأمراض النساء فتتوجه رأساً إلى المراكز المخصصة لذلك .

(ب) خدمة الأخصائى وقد تم توزيع المنتفعين على العيادات الشاملة بحيث يتراوح عدد المنتفعين الذين تخدمهم العيادة الواحدة بين ١٠,٠٠٠ و ٢٠,٠٠٠ منتفع . وذلك طبقاً للتوزيع الجغرافى ، وسعة العيادة الشاملة ، وعدد الأخصائيين الذين يعملون بها .

٣ ــ الخدمة الطبية داخل المستشفيات

تمتلك هيئة التأمين الصحى مستشفى كرموز ومستشفى الإسكندرية (اليونانى سابقاً) بعد شرائه من الجمعية اليونانية . وقد أضيف إليها ٥٠ سريراً فى مستشفى

كرموز و ١٥٠ سريراً فى مستشفى الإسكندرية وبهذا أصبح مجموع الأسرة فى محافظة الإسكندرية ٨٧٣ سريراً ، فإذا وضعنا فى اعتبارنا أن عدد المؤمن عليهم من الشركات بلغ ١٨٣,٠٠٠ وأن عدد المؤمن عليهم فى الحكومة والهيئات والمؤسسات العامة ووحدات الإدارة المحلية ينتظر أن يصل إلى ٧٠,٠٠٠ يكون إجمالى عدد المنتفعين ٢٥٣,٠٠٠ وإن كان هذا الرقم لا يشمل الشريحة من ٢٠ إلى ٩٩ فى الشركات والتى يصعب تقديرها الآن والتى بدأ التطبيق عليها فى حدود ١٣,٠٠٠ منتفع حتى شهر سبتمبر ١٩٦٧ وبذلك يكون معدل الأسرة ٣,٩ أسرة لكل ١٠٠٠ منتفع وهى نسبة كافية لتقديم الخدمة الطبية .

بيانات عن خدمة المستشفى عن شهر سبتمبر ١٩٦٧

البيان	العدد	
عدد المنتفعين	٢٢٦,٤١٠	
عدد الأسرة	٨٧٣	
معدل الأسرة	٣,٩	لكل ألف منتفع
معدل الأسرة بالنسبة للطبيب	٩,١	لكل طبيب
عدد الأطباء	٩٦,٢٥	
عدد هيئة التمريض	٢٣٥	
معدل الأسرة بالنسبة إلى هيئة التمريض	٣,٧	لكل ممرضة
متوسط إقامة المريض	١٠	أيام
أقصى عدد لإشغال الأسرة	٧٥٢	من إجمالى عدد الأسرة ٨٧٣
أدنى عدد لإشغال الأسرة	٤٥٢	= ٦٧٪
متوسط إشغال الأسرة	٥٨٥	

وبلغ متوسط نصيب المنتفع الواحد من تكلفة الخدمة داخل المستشفيات ٣,٢١٥ جنيهات .

ومع ذلك نجد أنه فى الوقت الذى كانت تتم فيه التوسعات اللازمة لاستيعاب المنتفعين بالقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ كانت توجد أسرة خالية كثيرة فى المؤسسة العلاجية ، بل إن هذا الوضع ما زال قائماً حتى الآن فى مستشفيات المؤسسة وفى الهيئة كذلك . مما يبين ضرورة التخطيط والتنسيق الذى أشرنا إليه من قبل .

* * *

ثالثاً : تطبيق التأمين الصحى فى القاهرة

عندما تسلمت الهيئة العامة للتأمين الصحى مستشفيات القاهرة وجدت فى حالة تنقصها الكثير من مقومات العمل من حيث المبانى ، والتجهيزات كما أن التصميمات نفسها كانت فى حاجة إلى تغيير شامل .

أما فيما يتعلق بالقوى العاملة فوجد فيها عجز شديد فى الناحيتين الإدارية والفنية سواء فى العدد أو المستوى ، واحتياج إلى إعادة تنظيم من الزاويتين الإدارية والحسابية .

واتخذت الخطوات التمهيدية اللازمة لتطبيق التأمين الصحى ، وطبقت بعض الإجراءات للاستفادة من الطاقات العلاجية المعطلة إلى أن يصدر القرار النهائى للبدء فى التنفيذ ، وذلك فى حدود منطقتى شبرا الخيمة وحلوان الذى تقرر أن يكونا أول ميدانين لنقل المشروع إلى القاهرة .

الخطوات الإعدادية

أجريت تصليحات وترميمات ، كما أضيفت أدوار جديدة إلى مستشفيات المقطم ، وحلوان ، وشبرا الخيمة ، والدقى ؛ لزيادة عدد الأسرة حوالى ٢١٨ سريراً . فوصل عدد الأسرة إلى ٦٥٧ سريراً فى أكتوبر ١٩٦٧ .

وحولت بعض العيادات الخارجية بالمستشفيات إلى عيادات شاملة وجهزت حسب المعدلات الموضوعة ، وانتهت الهيئة من إقامة عيادتين شاملتين واحدة منهما فى حلوان والأخرى فى شبرا الخيمة .

وفى نفس الوقت تمت عمليات الحصر للمنتفعين فى الشركات التى يزيد عدد العاملين فيها عن ٥٠ عاملاً فأكثر وقد دلت التقديرات المبدئية على أن عددهم ١٢٠,٠٠٠ عامل ثم وصل العدد المسجل فعلاً إلى ١٣٢,٠٠٠ عامل ٦٠,٠٠٠ فى حلوان و ٥٠,٠٠٠ فى شبرا الخيمة . ولكن رغم كل الاستعدادات التى تمت ، والتى تجعل مشروع التأمين الصحى قابلاً للتنفيذ فى حلوان وشبرا الخيمة فإن الوضع ما زال معلقاً ، وقد ترتب على هذه الحالة تبديد الإمكانيات الكبيرة التى توفرت للمشروع . فمثلاً إلى وقت قريب كانت نسبة تشغيل الأسرة فى كثير من الأحيان من ٤٥ ٪ إلى ٥٥ ٪ .

ولذلك اضطرت الهيئة إلى تشغيل الإمكانيات المتوفرة عن طريق تيسير العلاج للمواطنين ، وأسر المنتفعين ، بأجر رمزى ، سواء فى العيادات الخارجية أو الأقسام الداخلية للمستشفيات ، والتعاقد مع بعض الشركات لعلاج العاملين فيها على أساس نظام العلاج الشامل ، وعدد هذه الشركات ٣٠ تقريباً ، ضمت إليها أخيراً المصانع الحربية ، وأصبح عدد المنتفعين ٣٨,٠٠٠ تقريباً ١٨,٩٦١ منتفعاً بالعلاج الشامل زائد ١٥,٠٠٠ من المصانع الحربية ، كما تعاقدت الهيئة مع شركات أخرى لعلاج العاملين فيها بالحالة ، ويبلغ عدد هذه الشركات ٥٢ شركة .

وفى الوقت نفسه تقوم الهيئة بعلاج إصابات العمل لما يقرب من ٣١٤,٠٠٠ منتفع فى القاهرة داخل عياداتها ومستشفياتها ، ويمثل هذا الرقم نصف عدد المنتفعين بنظام علاج إصابات العمل تقريباً (٦٠٠,٠٠٠ منتفع) .

أسلوب التعامل

إن الوحدات الطبية التابعة لهيئة التأمين الصحى فى القاهرة ستة هى مستشفى صيدناوى ، والدقى ، والمقطم ، وحلوان ، وشبرا الخيمة ، ووحدة رمسيس العلاجية . ونظام المعاملة المالية فى العلاج الشامل هو على أساس ٩ جنيهات

للفرد فى السنة . وتشمل الخدمات الطبية المقدمة كل النواحى المعتادة فى التأمين ، ما عدا صرف الأجهزة التعويضية ، أو العلاج خارج الجمهورية ، أو الكشف الطبي عند التعيين فى الخدمة ، أو لمد مدة الخدمة بعد سن الستين . ويوجد أيضاً التعاقد على العلاج بالحالة ، أو علاج خاص بالمواطنين مقابل أجور محددة .

مستويات العلاج

الممارس العام : تقدم خدمة الممارس العام لعدد من العاملين لا يتجاوز ٢٠٠٠ منتفع وتكون النسبة طبيب لكل ٢٠٠٠ منتفع فى تجمع عمالى واحد ، وطبيب لكل ١٥٠٠ منتفع فى تجمعين وطبيب لكل ١٠٠٠ — ١٢٠٠ منتفع فى أكثر من تجمعين .

وقبل ضم المنتفعين فى المصانع الحربية إلى العلاج الشامل كان المعدل للممارس العام ١٠٥٤ ، ونسبة التبليغ اليومى ٢,٤ ٪ أى أن متوسط عدد المرضى للممارس العام يومياً كان ٢٥ مريضاً .

وحرصاً على صالح الإنتاج وعدم تكبد المنتفعين مشقة الانتقال لعدم خدمة الممارس العام داخل عيادات المنشآت التى يبلغ عدد العاملين بها ٥٠٠ عامل فأكثر . وتنظم المواعيد يومياً وفقاً لدورات العمل .

أما فى المنشآت التى يبلغ عدد العاملين بها أقل من ٥٠٠ عامل فقد أعدت عيادات مجمعة .

الأخصائى

تقدم خدمة الأخصائيين فى عيادات شاملة . وتخدم هذه العيادات عدداً من المنتفعين يتراوح بين ٢٠,٠٠٠ و ٤٠,٠٠٠ ، والتخصصات الموجودة فيها هى الجراحة العامة ، جراحة العظام ، الأذن والأنف والحنجرة ، الرمد ، جراحة

المسالك البولية ، أمراض النساء والتوليد ، الأشعة والمعمل ، الأمراض الباطنية والأمراض الجلدية والتناسلية .

وقد قامت الهيئة بإعداد مركز للنظارات فى كل من شبرا الخيمة وحلوان فضلاً عن المراكز التعويضية الأخري الموجودة فى محافظة القاهرة . وأعدت مراكز تخصصية لعلاج السكر ومضاعفاته وأمراض الأوعية الدموية ، أمراض القلب، الأمراض العصبية والنفسية ، جراحة التجميل ، جراحة المخ والأعصاب ، جراحة الصدر والقلب . ويتولى رئاسة هذه الأقسام والمراكز أطباء متخصصون من الحاصلين على الدكتوراه والماجستير أو ما يعادلها ولهم خبرة عملية .

ولا يجوز للمنتفعين التقدم للأطباء الأخصائيين إلا بعد التحويل من الطبيب الممارس العام المختص فيما عدا حالات الأسنان وأمراض النساء التى تتوجه رأساً إلى العيادة الشاملة المختصة . وقد فكرت الهيئة فى إنشاء عيادات شاملة داخل المنشآت التى يزيد عدد العاملين فيها عن ١٠,٠٠٠ عامل ،على أن يعمل فيها مجموعة من الأخصائيين فى بعض فروع الطب .

المستشفى

تنظم خدمة المستشفى فى التأمين الصحى على أساس فتح قسم الاستقبال بالمستشفيات لمدة ٢٤ ساعة ، ويقوم طبيب الاستقبال بالتصرف فى الحالات التى تعرض عليه وفقاً لمقتضيات الحالة : القيام بالإسعافات البسيطة ، التحويل إلى الحميات ومستشفيات الدرن أو القسم الداخلى ، العلاج ثم التحويل لعيادة الممارس العام لمتابعة الحالة . ولا يحق لطبيب الاستقبال منح الإجازات المرضية أو صرف دواء لأكثر من يوم .

وبالنسبة للأقسام الداخلية فقد خصصت أربعة أسرة لكل ١٠٠٠ منتفع ، وطبيب مقيم لكل قسم أو لكل ٥٠ سريراً ، ولا تقل نسبة أعضاء هيئة التمريض إلى عدد الأسرة عن ١ إلى ٤ .

القوى العاملة الفنية بمستشفيات التأمين الصحى

مدير مستشفى	٥	
أطباء مقيمون	٣١	
صيادلة	١١	
حكيمات	٢٨	
ممرضات ومساعدات	١٠٥	
مساعدون فنيون	١٠	
عدد الأسرة	٤٣١	(سبتمبر ١٩٦٧)
معدل الأسرة بالنسبة للطبيب	١٣,٨	
معدل الأسرة بالنسبة للممرضة	٣,٨	أسرة لكل ممرضة

وتكون الإقامة بالنسبة للمنتفعين فى الدرجة التأمينية التى تقابل الدرجة الثالثة الممتازة ولا تزيد عدد أسرة الحجرة فيها عن ستة . ومن يريد الإقامة فى درجة أعلى عليه أن يدفع الفرق . أما المنشآت المتعاقدة على العلاج بالحالة فهى تحدد درجة الإقامــة . ولم تتعد نسبة شغل الأسرة ٥٨,٢ ٪ فى المتوسط حتى سبتمبر سنة ١٩٦٧ .

وتقوم الهيئة فى حالة العلاج الشامل بتحويل حالات الدرن والجزام والأمراض العقلية والأمراض المعدية والأمراض المستعصية إلى المستشفيات المخصصة لعلاجها .

وبالنسبة للدواء يكتفى بصرف عبوات من الأدوية المسجلة فى القائمة على ألا يزيد المنصرف عن استهلاك أربعة أيام ولكن فى حالات السكر ، وارتفاع ضغط الدم ، والتدرن الرئوى القلب والأمراض النفسية يجوز للأخصائى المختص صرف الأدوية لفترة تكفى علاج ١٥ يوماً فى الأمراض النفسية و٣٠ يوماً فى باقى التخصصات .

* * *

التأمين الصحي كنظام للعلاج

بدأ تطبيق التأمين الصحي منذ ٣١ أكتوبر سنة ١٩٦٤ وقد ثبت من التجربة المميزات التي يتصف بها كنظام للعلاج والتي يمكن تلخيصها فيما يلي :

١ – قدر متزايد من المساواة في الخدمة دون تمييز ، إلا ذلك التمييز الذي ما زال قائماً بحكم بعض القيم التي لم نتخلص منها ، والتي تنظر إلى الإنسان على أساس وضعه في السلم الاجتماعي ، فتعامل المدير بطريقة تختلف عن معاملة العامل العادي .

٢ – إمكانية وضع معدلات ثابتة للأداء مما يسمح بحصر التكاليف وعمل نظام دقيق للرقابة ، وحماية الإنتاج من العبث باسم المرض أو العلاج .

٣ – إيجاد فرص متزايدة ومتساوية لتشغيل الأطباء ، وتخليص نظم العلاج بالتدريج من مساوئ النظام الحر ، ومن الاحتكار الذي كان يفرضه كبار الأطباء على العلاج في الشركات ، والذي ما زالت له جذور قوية حتى الآن .

٤ – إعطاء الفرصة لعمل تخطيط شامل ، ورقابة ، ونظام ، بحيث يسهل حسن استخدام الأجهزة والطاقات البشرية والفنية إلى أقصى حد ممكن ، وبحيث يقضي على بعثرة الجهود والتكرار ، وعدم التنسيق الذي ما زال قائماً .

لذلك كله فقد آن الأوان لكي تتخذ خطوات مضطردة لتذويب نظم العلاج المتباينة في المؤسسة العلاجية والشركات ، وتوحيدها في نظام شامل للتأمين الصحي كلما توفرت الإمكانيات لتطبيقه . وإن أي تلكؤ في إجراء هذا التحول الجذري أياً كانت الحجج ، من شأنه أن يعرقل خطى التقدم نحو نظام أفضل للعلاج ، ومستوى أرقى للخدمات الطبية يحقق للمنتفعين من أفراد الشعب إحدى مصالحهم الأساسية ، ويكفل للعاملين في الخدمات الصحية مزيداً من الاستقرار والطمأنينة .

عيوب يجب أن تنتهى

ومع ذلك فإن نظام التأمين الصحى المطبق الآن ما زالت تعتريه عيوب لابد من التنبه إليها ، ودراستها ، وعلاجها ، إذا أردنا أن نضمن لهذا المشروع الحيوى اضطراد النجاح .

أساليب إدارية خاطئة

وربما كانت أهم العيوب التى يعانى منها نظام التأمين الصحى هو الأسلوب الإدارى الذى يطبق حتى الآن ، والذى يخلو من مظاهر الديموقراطية اللازمة لتحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح لمثل هذا المشروع الهام . فمما لا شك فيه أن عملاً كهذا يتعلق مباشرة بالمصالح الحيوية لأوسع الجماهير ، ويتسم بحساسية خاصة لارتباطه بمسائل الصحة والحياة ، ويعتمد على الجهود الجماعية لآلاف العاملين والفنيين ، ويمس عن قرب مشاكل العمل فى وحدات الإنتاج ، ومشاكل مئات الآلاف من العاملين والموظفين ، أحوج ما يكون إلى اتباع أسلوب ديموقراطى جماهيري رمرن أثناء التنفيذ .

وإذا كانت الصرامة مطلوبة لإنجاح أى مشروع قابل فى مبدأ حياته ، وما زال يواجه حتى الآن عقبات وضغوطاً كثيرة لها وزنها ، فإن قوة العمل الجماعى والمساندة من جانب المنتفعين واشتراك الجميع فى حل المشاكل وفى تخطى العقبات هو الضمان الحقيقى لاضطراد التقدم .

وتبين دراسة تطبيق التأمين الصحى محافظة الإسكندرية أن المشروع لم يعمل له التمهيد الكافى بين جماهير المنتفعين والعاملين من أطباء وهيئة تمريض إلخ لشرح مزاياه ونظمه ودور المنتفعين فى إنجاحه ، والعقبات التى قد تثور ،

وطريقة التغلب عليها . ولولا الجهود التى بذلها بعض أطباء الإسكندرية ، بالتعاون مع نقابات العاملين فى الخدمات الصحية ، والاتحاد الاشتراكى ، لمر المشروع دون أن يعمل له أى نوع من أنواع التوعية ، سوى بعض الكتيبات والنشرات التى لا تؤثر إلا قليلاً . وقد انبثقت من هذه الجهود فكرة تكوين لجان التأمين الصحى التى يمثل فيها عضوان من الاتحاد الاشتراكى ، وممثل عن اللجنة النقابية ، وطبيب ، وعضو عن الإدارة ، التى كان من المفروض أن تقوم بدور التوعية ، وضمان وصول الخدمة إلى المنتفعين دون عقبات ، وإيجاد حلول للمشاكل التى تبرز أثناء التطبيق فى المنشآت ، وجمع المقترحات ، ودراسة ومراقبة عمليات الأمن الصناعى . إن اقتناع المنتفعين والعاملين فى المشروع بمزاياه ، قبل البدء فيه ، وحل بعض المشاكل التى تواجههم ، أمر ضرورى لضمان أكبر قدر من النجاح .

ومع ذلك ، إذا انتقلنا إلى القاهرة ، نجد أنه لم تتم عملية التوعية الجماهيرية الواجبة قبل تطبيق المشروع ، ولم تحدث أية استفادة من تجربة الإسكندرية فى هذه الناحية . هذا بينما تشكيل جهاز من الاتحاد الاشتراكى ، ونقابة الأطباء ونقابة العاملين فى الخدمات الصحية ، واللجان النقابية فى منطقتى حلوان ، وشبرا الخيمة ، وممثلين عن إدارات المصانع التى سيطبق فيها التأمين للإشراف على حملة شرح وتوعية ، من شأنه أن يذلل عديداً من العقبات عند التطبيق .

والواقع أن خلو العمل فى التأمين الصحى من مقومات الأسلوب الجماهيري قد انعكس أيضاً على المنهج الإدارى الذى اتسم بقدر كبير من البيروقراطية واللجوء إلى الشدة فى تصريف الأمور . وفى مثل هذا الجو لا بد أن تترعرع الأساليب الانتهازية والملتوية التى تفتقد إلى الصراحة ، والتى تجعل عملية كشف الأخطاء مهمة عسيرة .

ويلاحظ هذا الأسلوب بالذات فى التعامل مع العاملين فى التأمين الصحى (مساعدى المعامل والأشعة ، ممرضين ، ممرضات ، معاونين إلخ) والذين يشكون

مر الشكوى من المصاعب التى يلاقونها. فإلى جانب حرمانهم من بعض الحقوق المالية والاجتماعية الأساسية ، تتبع معهم أساليب أدت إلى موجة هروب من التأمين الصحى إلى جهات أخرى وبالذات فى صفوف هيئة التمريض بالإسكندرية .

ومما يؤدى إلى استفحال هذا الوضع الإدارى أيضاً هو تأجيل تشكيل مجالس إدارات المستشفيات ، وحرمان فرع الإسكندرية من ذلك القدر من الاستقلال الذاتى الذى كان يجب أن يتمتع به ، وإخضاعه للمركزية النابعة من القاهرة والتى تتعارض أصلاً مع فكرة تكوين الفروع ، والغرض من وجودها ، وهو اللامركزية فى المسائل الإدارية والمالية . وكذلك عدم تطبيق أسلوب العمل الجماعى عن طريق عقد الاجتماعات الدورية لمجلس إدارة الهيئة لمناقشة سياسة التأمين واتخاذ القرارات اللازمة ، وعقد اجتماعات دورية مع الأطباء والإدارات المختلفة .

إن التغاضى عن استخدام الأساليب الديموقراطية فى العمل مسألة قد يترتب عليها نتائج خطيرة مع مرور الزمن ويجب تدارك الأمر منذ الآن .

مشاكل العاملين

المسألة الثانية التى تسبب ثغرات هامة فى نشاط التأمين الصحى هى المعاملة المالية للأطباء والعاملين .

فبالنسبة للأطباء توجد عدة مشاكل تحتاج إلى علاج هى ضرورة وجود شروط مالية مناسبة للتفرغ بحيث تجذب العناصر الطيبة من الأخصائيين الشبان إلى العمل كل الوقت فى مشروع التأمين الصحى ، وقدر أكبر من العدالة فى التعامل المالى مع المعينين حيث إن المتعاقد يتقاضى ٦٥ جنيهاً فى الشهر ، بينما أجر المعين الذى ليس له حق فتح عيادة لا يزيد عن ٤٨ جنيهاً فى الشهر. وهذا يتطلب إصدار اللائحة الخاصة بالأطباء .

أما فيما يتعلق بالعاملين فوضعهم شاذ للغاية ، وما زالوا يعانون من قسوة

الظروف التى تفرض عليهم ، رغم المحاولات التى بذلت لإصدار اللائحة المالية الخاصة بهم . إنهم محرومون من العلاوات والمكافآت والحوافز ، وليس لهم الحق فى العلاج الطبي لأكثر من أربعة أيام . هذا رغم انخفاض الأجور التى يتقاضونها ، وعدم تحديد قواعد التقييم بالنسبة إليهم ، وتطبيق نظام غريب يسمى بفترة الريبة عليهم ، وهو نوع من فترات الاختبار الجديدة التى تفرضها هيئة التأمين الصحى على كل من أصبح يعمل تحت إشرافها ، حتى ولو كان من العاملين القدامي فى الخدمات الطبية التى حولت لتصبح جزءاً من التأمين الصحى .

إن هذه المشاكل المالية ذات أهمية قصوى وعلى الأخص نظام التفرغ والقواعد المطبقة على العاملين فى ضمان النجاح لمشروع التأمين الصحى .

والعقبة الثالثة التى تعترض حسن تطبيق التأمين الصحى . هو انعدام التنسيق بين الهيئات المختلفة المشرفة على الخدمة الطبية فى المدن . فالمجلس الأعلى للخدمات الصحية لا يجتمع إلا نادراً ولم يباشر وظيفته فى تخطيط وتنسيق الخدمات الطبية حتى الآن . ومع هذا فوجود هذا المجلس لا يغنى عن وجود أجهزة أخرى تابعة له على مستوى المحافظات تكون مهمتها بالتحديد تنسيق الخدمات بين الهيئات المختلفة وتوحيد الجهود وتحديد خطوط التطبيق . وقد طالب الكثيرون بإنشاء مجالس محلية للتنسيق تمثل فيها وزارة الصحة والمؤسسة العلاجية والتأمين الصحى بحيث يمكن خلق العلاقة المطلوبة بين هذه الجهات فى تخطيط وتنسيق خدمة العيادات والعيادات الشاملة والمستشفيات ، وفى التداخل بين أنظمة العلاج المختلفة من مجانى ، إلى علاج بأجر رمزى ، إلى علاج شامل أو بالفرد ، إلى علاج تأمينى .

وهذه العملية ضرورية لتفادى عديد من مظاهر الفوضى ، وتبديد الطاقات ، وسوء استخدام الإمكانيات التى ما زالت قائمة (والتى أشرنا إلى جانب منها فى الجزء الأول من هذا الفصل).

والمشكلة التى يعانى منها التأمين هى ارتفاع تكلفة العلاج وعلى الأخص الأدوية فى العلاج خارج المستشفى ، وكذلك ارتفاع تكلفة السرير الواحد فى المستشفى . وقد اتخذت مجموعة من الإجراءات لتخفيض تكلفة الأدوية (سبق أن عددناها) ، ولكن المسألة ما زالت فى حاجة إلى عناية خصوصاً وأن الفضل فى الموازنة المالية يرجع فى الغالب إلى اشتراكات إصابات العمل ، التى تزيد حصيلتها عن المنصرف عليها .

وقد قدم اقتراح بفرض رسوم على الأدوية بنسبة ٣٠٪ من ثمنها إلى جانب رسوم الزيارات المنزلية والزيارات العادية فى العيادة (٢٠ قرشاً و ٣ قروش) . ولكن لم يلق هذا الاقتراح موافقة السلطات المسئولة فى الحكومة . ومع ذلك إذا حللنا عناصر الدخل المالى لمشروع التأمين الصحى سنجد أن مشروع التأمين الصحى يقع عبؤه الأساسى على الدولة وأن المنتفعين لا يتحملون إلا قدراً يسيراً من الالتزامات المالية .

والعلاج المجانى أو العلاج القريب من المجانى هدف نسعى إليه لا شك . ولكن المسألة هى تطبيقه فى الوقت المناسب ، عندما تتوفر الإمكانيات اللازمة . وأى خطوات مبكرة فى هذا الشأن لابد أن تؤدى إلى تعثر المشاريع الصحية لأن الدولة لن تستطيع أن تتحمل تبعاتها . ومن الواضح أن أحد أسباب التوسع البطىء الذى يعانى منه مشروع التأمين الصحى هو الالتزامات المالية الثقيلة المرتبطة بالمشروع .

لذلك أصبح من الضرورى أن يعاد النظر فى مسألة فرض رسوم على الأدوية ، ويمكن تقسيم هذه الرسوم بحيث لا تفرض على علاج الأمراض المهنية وإصابات العمل أو الأدوية الضرورية والملحة ، وإنما يكتفى بفرضها على بعض الأدوية المساعدة فى العلاج .

وفى هذا الصدد ؛ فقد قامت الهيئة بفرض بعض الرسوم الإضافية وهى :

٣٠ مليما للكشف الطبى فى العيادة ، ويدفع هذا الرسم مرة أخرى عند إعادة الكشف .

٢٠٠ مليم رسم الزيارة المنزلية .

١٠٠ قرش طوابع تأمين عند توقيع الكشف الطبى الابتدائى لدخول الخدمة .

٣٠٠ قرش عند توقيع الكشف الطبى لمد مدة الخدمة بعد سن الستين .

١٠٠ قرش رسم استخراج بطاقة تأمين بدل فاقد .

وعند التعرض للجوانب المالية من المفيد الإشارة إلى أهمية تمتع مشروع التأمين الصحى بقدر أكبر من الاستقلال المالى ، بحيث يسمح بترحيل المبالغ المتبقية من الميزانية إلى السنة القادمة لحساب المشروع نفسه .

ومن بين الثغرات التى تعرقل إقامة نظام مالى دقيق يسمح بفرض رقابة سليمة وحصر نواحى الإسراف ، حقيقة أن هيئة التأمين الصحى ليست مهيمنة تماماً على الموارد المالية وعلى طريقة التصرف فيها . فمن المعروف أن الاشتراكات المالية كلها تدفع لحساب التأمينات الاجتماعية . وهى عبارة عن حصة القطاع العام ، ٤ ٪ من أجور العاملين ، ثم ١ ٪ من الأجور وهى حصة العاملين أنفسهم ، ثم ٣ ٪ لإصابات العمل . وتقوم هيئة التأمينات الاجتماعية بعد ذلك بدفع ٤ ٪ للتأمين الصحى وتحتفظ بنسبة ١ ٪ لتدفع فيها التعويضات المالية الخاصة بالإجازات ، وفى الوقت نفسه تقسم الاشتراكات الخاصة بإصابات العمل على أساس $1\frac{1}{4}$ ٪ لهيئة التأمين الصحى ، للصرف على علاج إصابات

العمل والأمراض المهنية ، و ١٣/٤ ٪ تحتفظ بها الهيئة للصرف على التعويضات النقدية المختلفة المتعلقة بإصابات العمل ويلاحظ فى هذا النظام أن :

١ — أجهزة التأمين الصحى تقوم بتحديد الإجازات اللازمة للمرضى من المنتفعين بينما هيئة التأمينات الاجتماعية هى التى تدفع التعويضات المالية . ويترتب على ذلك أن هيئة التأمين الصحى لا تشعر بأية مسئولية مالية فى شأن الإجازات ، ولا يوجد لديها فكرة عن المبالغ التى تكلفها هذه الإجازات . وقد رأينا كيف أن المقاييس والمعدلات المالية لها أهمية كبيرة فى استقرار التأمين الصحى على أسس سليمة . ولذلك فمن الأفيد توحيد الجهة المشرفة على العلاج وعلى الإجازات ، أو على الأقل خلق جهاز للإشراف تمثل فيه الهيئتان بحيث يمكن فرض رقابة سليمة .

٢ — ليس لهيئة التأمين الصحى أدنى فكرة عن مدى سلامة التقسيم الذى يتم بالنسبة إلى المبالغ المالية المحصلة فى شكل اشتراكات التأمين الصحى وإصابات العمل ، سواء كان هذا من ناحية الدقة فى التطبيق ، أو من ناحية الأسس التى يتم عليها التوزيع أصلاً . فمما لا شك فيه أن توحيد جهة الإشراف أو خلق جهاز تمثل فيه هيئة التأمين الصحى وهيئة التأمينات الاجتماعية من شأنه أن يسمح بإعادة دراسة الموضوع على أسس أسلم وبتشديد الرقابة على الحسابات المالية .

٣ — وأخيراً فيما يتعلق بإصابات العمل؛ فمن المفروض أن الجهة المختصة بدراسة الأمراض المهنية والمشاكل المتعلقة بإصابات العمل ، والجهة التى تقوم بدفع التعويضات المالية هى وزارة العمل وهيئة التأمينات الاجتماعية التى تدخل فى دائرة اختصاص هذه الوزارة ، بينما الجهة المعالجة هى هيئة التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية . وسنرى فيما بعد أثر هذا الوضع على الطريقة التى تعالج بها مشكلة الأمراض المهنية . ولكن منذ الآن نستطيع أن نقول : إن هذا الازدواج المالى الذى

يصحبه ازدواج فى الإشراف على الأمراض المهنية وإصابات العمل يؤدي إلى انفصام بين الجهة التى تعالج الأمراض المهنية (هيئة التأمين الصحى) والجهة التى تدرس وسائل الوقاية منها (وزارة العمل) ، مما يترتب عليه نتائج غير مرضية على الإطلاق فى هذا الشأن، ويستلزم أن نبحث عن وسيلة لتوحيد هذه العمليات أيضاً أو التنسيق بينها عن طريق التنسيق بين الجهات المشرفة .

وهناك نقط متفرقة أخرى تحتاج إلى حلول ، منها مسألة ارتفاع عدد المترددين على بعض التخصصات ، وضرورة التخطيط فى كليات الطب لتخريج العدد الكافى من التخصصات المطلوبة لتطبيق التأمين الصحى فى السنين القادمة ، (التخدير — طب الصناعات إلخ) وعدم وجود اهتمام كاف بإنشاء عيادات وأسرة لعلاج الأمراض النفسية ، رغم ارتباطها الوثيق بالحياة العصرية والتصنيع .

* * *

الأمراض المهنية قضية حيوية ولكنها مهملة

ويجرنا الحديث عن الأمراض النفسية إلى التعرض لواحدة من أهم الثغرات فى مشروع التأمين الصحى وهى الموقف من الجانب الوقائى أى من الأمراض المهنية.

إن الاهتمام بالجانب العلاجى ما زال يطغى تماماً على الجانب الوقائى فى الخدمات الصحية بالمدينة ، شأنها شأن الخدمات الصحية فى الريف . وهذا لا يتفق مع التخطيط السليم لهذه الخدمات ، وقد آن الأوان أن تعطى القدر المطلوب من الاهتمام .

وفيما يتعلق بالمدينة فإن هذه المهمة تقع أساساً على كاهل التأمين الصحى ، بالتعاون مع المؤسسات العلاجية ، حيث إنهما الجهتان المسئولتان عن علاج العاملين فى الصناعات المختلفة . وإذا كان مشروع التأمين الصحى هو نظام

المستقبل فيجدر به أن يخطط للخدمة الوقائية ، والحماية من الأمراض المهنية منذ الآن ، خصوصاً وأن هذه الأمراض لابد وأن تصبح ، مع اتساع نطاق التصنيع ، الآفة الأساسية فى المدينة ، إلى جانب أمراض الدورة الدموية والأمراض النفسية . إن الأمراض المهنية فى الواقع هى المقابل للأمراض المتوطنة فى الريف .

دور وزارة العمل

وبتاريخ ٦ من ديسمبر ، أصدر وزير العمل القرار رقم ١١١ لسنة ١٩٦٦ . وينص هذا القرار ، فى مادته الأولى ، على إجراء الفحص الطبى الدورى ، الوارد فى المادة ٤٠ من قانون التأمينات الاجتماعية ، فى أوقات دورية موزعة كل ستة أشهر أو سنة ، أو سنتين ، حسب نوع المرض الذى قد يصاب به العامل بحكم الظروف المحيطة به فى العمل ، والمواد التى يتعرض لها .

كما جاء فى المادة الثالثة ، ضرورة إجراء الفحص الطبى الابتدائى الشامل لكل عامل يلحق بعمل يعرضه لأحد الأمراض المهنية .

وهذه الإجراءات لا تشمل جميع العاملين ، وإنما العاملين فقط الذين تعرضهم أعمالهم إلى الإصابة بالأمراض المهنية . ومما لا شك فيه ، أن الفحص الطبى الابتدائى والدورى الشامل لجميع العاملين أمر مطلوب ومفيد ، ومع ذلك فحتى هذه الإجراءات لم تطبق إلا فى نطاق محدود للغاية ، يكاد لا يذكر . فالتأمينات الاجتماعية التى كانت مكلفة بتنفيذ القرار لم تطبقه فى الواقع. وقد نفذ فى القاهرة على عدد محدود من الشركات ، وعملت فحوص إكلينيكية ، ومعملية ، وأشعات حسب الحالة ، ولكن استجابة ادارات الشركات كانت ضعيفة .

والواقع أن مسألة الفحص الدورى مهمة للغاية ، لأنها تمثل الجزء الوقائى فى طب الصناعات ، الذى يمكن أن يحمى مئات الآلاف من العاملين ضد

عديد من الأمراض ، ويضمن مستوى صحياً لائقاً يساعد على زيادة الكفاية الإنتاجية ويوفر كثيراً من أيام العمل الضائعة ، ومن تكاليف العلاج فى التأمين الصحى ، أو نظم العلاج الأخرى المطبقة . والقانون الحالى فضلاً عن أنه لم يطبق ما زالت فيه ثغرات كثيرة ويجب إعادة دراسته لإصلاح نقاط الضعف فيه .

خطوات أولية

وقد ترتب على اعتبار مسألة الأمراض المهنية مهمة التأمينات الاجتماعية ، واكتفاء التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية بالجانب العلاجى ، أن بقى هذا الموضوع مهملاً حتى الآن . ولكن منذ فترة قريبة بدأ التأمين الصحى فى الاهتمام به ، وإن كانت الخطوات التى تمت حتى الآن محدودة للغاية . فقد عقدت دورة تدريبية حضرها ٦٣ طبيباً استمرت لمدة أسبوعين ، وألقى فيها عدد من أساتذة طب الصناعات محاضرات فى مختلف المواضيع . وسميت هذه الدورة « دورة الكشف الدورى والأمراض المهنية » ، وأنشئ قسم خاص فى التأمين الصحى اسمه قسم إصابات العمل والأمراض المهنية ، أصدر بعد مدة قصيرة من إنشائه كتيباً عن الأمراض المهنية مقسمة نوعياً طبقاً للصناعات المختلفة التى قدم عن كل منها دراسة خاصة . كما أصدر التأمين الصحى بطاقة جديدة تشمل الكشف الابتدائى والدورى للعامل .

ونظراً لأهمية وجود معامل لإجراء الفحوص الكيمائية والبيولوجية اللازمة فى الأمراض المهنية ، أقام التأمين الصحى معملاً مركزياً قادراً على خدمة ١٨,٠٠٠ منتفع ، ولكن ما زالت الحاجة ملحة لإقامة عدد من المعامل يكفى لتغطية كل الاحتياجات .

ضرورة عمل دراسات

ولكن الثغرة الأساسية ما زالت عدم وجود الدراسات اللازمة ، رغم شروع التأمين الصحى فى الخطوات الأولى المتعلقة بالفحص الدورى ودراسة الأمراض المهنية . والصعوبة الأساسية هى أن الشركات لا تقدم بيانات عن الفئات المعرضة لديها رغم التوجيهات التى أرسلت من التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية ، حتى فى حدود التقيد بقوانين العمل التى تتطلب جدولا للمعرضين ، ومتابعة الفحص بالنسبة للذين يحتاجون إلى ذلك ، لم يعمل الكثير .

والأمر يتطلب الاستفادة من الأطباء الممارسين والأخصائيين ذوى الخبرة فى الصناعة بحكم ممارستهم للعمل داخل المنشآت المختلفة لعدة سنين ، وإرسالهم للدورات التدريبية والبعثات ، وعمل دورات تدريبية متكررة لأطباء التأمين الصحى ، والمطلوب أيضاً البدء بسرعة فى تحديد الفئات المعرضة للأمراض المهنية ، وحصر المعرضين ومواطن التعرض ، ومستويات التعرض ومدى خطورته ، وتوقيت ظهور الأعراض ، وكذلك دراسة الصناعات التى تسبب الأمراض المهنية ، وظروف العمل فيها ، ووسائل الوقاية بتفاصيلها .

ويمكن الاستعانة فى هذه الدراسات بأجهزة الأمن الصناعى فى المنشآت ، أو بعض الفنيين (كيمائيين ، مهندسين ، بعض المساعدين الفنيين والعمال القدامى) لإجراء هذه الدراسات .

ومن المفروض فى نفس الوقت ، عند إقامة المصانع الجديدة أن تتم دراسة هذه المصانع ، وتصميمها ، وطريقة تنظيمها ، وأساليب الوقاية من الأخطار المهنية بواسطة أجهزة خاصة يشارك فيها الأطباء إلى جانب مسئولى الأمن الصناعى والمهندسين .

النظرة الخاطئة

والحقيقة أن هناك حالة نفسية معينة يجب تخطيها إذا أردنا الدخول بعمق فى موضوع الأمراض المهنية والوقاية من الأمراض الصناعية ، وهو أن دور التأمين الصحى والمؤسسة العلاجية فى الأساس دور علاجى ، وأن الجانب الوقائى يتبع التأمينات الاجتماعية ووزارة العمل . والواقع أن عقود العلاج الشامل والتأمين لا تلزم بالوقاية من الأمراض المهنية وهذا عيب خطير .

والتأمينات الاجتماعية تسلم ١,٢٥ ٪ من اشتراك إصابات العمل للتأمين الصحى وتحتفظ بنسبة ١,٧٥ ٪ ومع ذلك فهى لا تقوم بالجانب الوقائى . والعملية أصبحت تحتاج الآن إلى تطبيق مبدأ التكامل فى الخدمة ، والتوحيد بين العمل العلاجى والوقائى ، من أول الممارس العام ، ماراً بالعيادات المجمعة والشاملة ، حتى الفحوص المعملية ، والإسعاف ، والمستشفيات والمعامل المركزية . يجب أن تخلق عقلية جديدة تؤمن بدور الوقاية ، وأن تنعكس هذه العقلية فى الجامعات وفى وزارة الصحة بحيث يزداد الاهتمام بتدريب عدد متزايد من الأطباء على مهام مكافحة الأمراض المهنية .

وهذا هو الطريق نحو نظام شامل وسليم للخدمة الطبية فى مجال الصناعة ، وهى مسألة ترتبط فى نفس الوقت أشد الارتباط بدراسة الصحة العامة فى المدن ، وأثر الصناعة على تخطيط المدن ، وعلى ظروف المعيشة فيها ، وهو ميدان لم يطرق بعد بطريقة منظمة لا فى وزارة الصحة ولا فى أى جهة أخرى .

إن حركة التصنيع الواسعة النطاق ، ونمو المدن الصناعية بسرعة متزايدة ، يفرض واجبات جديدة على أجهزة الصحة ، وحتى الآن لم يتم تفكير جدى فى طريقة مواجهة هذه المسئوليات .

فهناك مشاريع قد تؤدى إلى انتشار بعض الأمراض ، وهناك مشاريع يمكن أن تتعطل نتيجة لانتشار أمراض أخرى . وقد أصبح علينا أن نولى هذه المسائل الاهتمام الواجب .

المشاكل الملحة

أولا : قصور التأمين الصحى حالياً عن تغطية الشرائح المختلفة للمنتفعين به حسب القانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤ والقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤ .

١ – فى الإسكندرية

(ا) بالنسبة للمنتفعين بالقانون ٦٣ لسنة ١٩٦٤

لم يطبق التأمين الصحى على الشريحة التى تضم العاملين بالمنشآت والشركات التى يعمل بها أقل من ٢٠ عاملا وهى الشريحة التى تمثل الطبقة الأكثر حرماناً من غيرها بالنسبة للرعاية الصحية ولم يتم حصرهم للآن .

(ب) بالنسبة للمنتفعين بالقانون ٧٥ لسنة ١٩٦٤

لم يطبق التأمين الصحى على موظفى وعمال الحكومة ، والمؤسسات العامة ، والعاملين بالإدارة المحلية المنتفعين ، إلا بالنسبة للهيئات التى يوجد بميزانياتها فى العام المالى ٦٥ / ٦٦ اعتماد للرعاية الصحية وتؤدى لهم فعلا هذه الخدمة الطبية ولا يزيد عددهم عن ٣٠ ألفاً (٢٩,٦١٢) .

ويعنى ذلك أن التأمين الصحى بالإسكندرية بدأ بالشرائح من المنتفعين التى كانت تؤدى لهم رعاية صحية بواسطة أصحاب العمل بصورة أو بأخرى . وكانت هذه البداية سهلة ، ولم يبدأ التنفيذ بالنسبة للشرائح التى تحتاج إلى إقامة خدمة طبية جديدة ، وهذا هو الأصعب . وبذلك فإن تجربة التأمين الصحى بالإسكندرية تجربة غير كاملة ، ولا يمكن الحكم على مدى نجاح الهيئة فى تطبيق التأمين الصحى بالإسكندرية إلا إذا شمل جميع شرائح العاملين المنتفعين

بالقانونين ٦٣ و ٧٥ لسنة ١٩٦٤ .

كذلك فإن التأمين الصحى بالإسكندرية اعتمد أساساً على الإمكانيات الطبية المتوفرة أصلا ولم ينشىء لنفسه إمكانيات أساسية كبيرة — الأمر الذى كان يمكن أن يواجهه لو أنه امتد حتى يشمل بقية الشرائح .

كذلك فإن إمكانيات الأسرة ليست مستغلة بالكامل . ويدل على ذلك متوسط نسبة شغل الأسرة .

٢ — فى القاهرة :

رغم وجود إمكانيات البدء فى التنفيذ سواء فى الأسرة أو الأفراد بالقاهرة فإن التأمين الصحى لم يبدأ بها حتى أغسطس ١٩٦٧ وإنما اقتصر على تقديم أنواع أخرى من العلاج — ومع ذلك فإنه لم يستطع أن يستغل جميع الإمكانيات الموجودة بطاقاتها الفعلية سواء من أسرة أو أفراد — ويدل على ذلك نسبة شغل الأسرة بالمستشفيات ونسبة توزيع المنتفعين على الأطباء وكذلك قلة الإيرادات الناتجة من العلاج الخاص .

ويقتصر الأمر حالياً على تقديم العلاج الشامل لعدد ١٩,٠٠٠ منتفع وعلى علاج إصابات العمل لعدد ٣٠٠,٠٠٠ علاوة على تطبيق التأمين الصحى على حوالى ١٥,٠٠٠ عامل بالمصانع الحربية فى الفترة الأخيرة .

ثانياً : مشاكل العاملين بالمشروع

١ — عدم وجود تنظيم محكم للارتفاع المستمر بالمستوى العلمى والفنى للعاملين بالتأمين الصحى سواء بالبعثات الداخلية أو البعثات الخارجية . والحوافز العلمية بالنسبة للأطباء هى من أهم الحوافز التى تشجعهم على الارتفاع بمستوى أداء العمل .

٢ — عدم وجود لائحة للعاملين حتى الآن الأمر الذى أدى إلى وجود تفرقة فى المعاملة المادية بين العاملين فى نفس الفئة ، والقائمين بنفس العمل ، مع عدم وجود حوافز مادية وأدبية للعاملين بالمشروع .

٣ — نظام التعاقد مع الأخصائيين وعيوبه الرئيسية :

(ا) نظام الفترة لا يمتص غير العناصر حديثة الخبرة بالنسبة للأجور الحالية .

(ب) نظام الخبراء المتفرغين سوف يوجد تنافساً غير مرغوب فيه بين الهيئات المختلفة فى المجال الصحى .

٤ — نقص المؤهلين عالياً من هيئة التمريض مثل رئيسات هيئات التمريض .

٥ — النقص فى بعض الهيئات المساعدة مثل أخصائيات التغذية ومشرفات المطبخ مما يزيد العبء على هيئات التمريض .

٦ — أسلوب معاملة الإدارة للعاملين بالتأمين الصحى .

(ا) سيادة جو من القسوة والتعسف فى معاملة العاملين .

(ب) مركزية الإدارة المتطرفة ووجود نظام التكتلات والشلل فى إدارة الهيئة .

ثالثاً : مشاكل العمل

(ا) مجلس الإدارة الحالى للهيئة صورى ولا يمارس اختصاصاته للأسباب الآتية :

١ — تفويض سلطات مجلس الإدارة لرئيس الهيئة تفويضاً كاملا فى كل ما يتعلق بإدارة الهيئة .

٢ — اجتماعات مجلس الإدارة تنعقد مرة على الأكثر كل شهرين وتعرض عليها الأمور بعد البت فى غالبيتها .

٣ — عدم تمثيل العاملين بالهيئة تمثيلا ديموقراطيًّا فى مجلس الإدارة .

٤ — غالبية المجلس من المعينين بحكم وظائفهم ومعظمهم متخم بأعمالهم الأصلية مما يترتب عليه عدم دراسة المسائل بدقة وعناية .

(ب) مجلس إدارة الفرع اجتماعاته نادرة جداً ولا يمارس السلطات المخولة له بحكم اللائحة .

(ج) المصروفات الإدارية مرتفعة نسبياً نتيجة تكدس عدد كبير من العاملين بالهيئة فى الإدارات الرئيسية ، وعدم إحكام الرقابة ، حتى وصل ما يتحمله المنتفع الواحد من المصروفات الإدارية ٧٥٠ مليم على الأقل حسب تقارير الهيئة .

(د) نظام صرف الأدوية — وضعت الهيئة قائمة كبيرة من الأدوية بواسطة عدد من الخبراء ، ولكنها لا تنفذ بالكامل وإنما تقيد حرية الطبيب إدارياً للاختصار فى صرف بعض الأصناف دون غيرها .

رابعاً : المشاكل المتوقعة

١ — هناك كثير من المشاكل والصعوبات المتوقعة عند التوسع فى التأمين الصحى بالإسكندرية ليشمل الشرائح التى لم يشملها بعد ، وهى العاملين بالمنشآت التى يقل عدد العاملين بها عن ٢٠ — خصوصاً وأنه لم يسبق تأدية خدمات علاجية لهم من قبل . وفيما يتعلق بالقانون رقم ٧٥ لسنة ١٩٦٤ والذى لم يطبق إلا على الفئة التى كانت لها خدمات خاصة طبية من قبل ، فإن المشروع سيواجه بعدم توازن مالى عند شمول التطبيق لبقية المنتفعين بسبب عدم توافر الإمكانيات من ناحية ، ومن ناحية أخرى لأن نسبة ٤ ٪ من الأجور لا تغطى التكاليف ، الأمر الذى ستضطر معه الهيئة أن تلجأ إلى ميزانية الدولة لتغطية مصروفاتها ، علاوة على التزامها بدفع نسبة ٣ ٪ من أجور العاملين بها .

٢ — لم ينشئ المشروع حتى الآن مستشفيات خاصة به ، والمتوقع فى حالة التوسع فى المشروع أن يبدأ فى إنشاء مستشفيات ووحدات جديدة الأمر الذى يؤدى إلى وضع استثمارات سنوية فى خطة التنمية تزيد كثيراً عن الاستثمارات التى وضعت للمشروع حتى الآن ، والتى خصصت أساساً لعمل توسعات فى مستشفيات قائمة .

٣ — إن قلة عدد الأطباء والأخصائيين بالذات ، وخصوصاً فى بعض فروع التخصص ستكون من بين الصعوبات التى تواجه التوسع فى المشروع .

والاقتراح الأساسى : الذى نتقدم به فى هذا الوقت هو أنه لا يمكن مناقشة التأمين الصحى كمشروع منفصل ، وإنما لابد من أن يكون التخطيط له فى ظل تخطيط مركزى شامل لجميع الخدمات الصحية — ونقترح أن يعطى للمجلس الأعلى للخدمات الصحية [1] سلطات مركزية كاملة لتخطيط الخدمات الصحية على جميع الهيئات الطبية بالجمهورية العربية المتحدة علاجيًّا ووقائيًّا وتعليميًّا — سواء ما كان يؤدى منها بالمجان أو بالأجر أو بالتأمين .

ذلك أن كثيراً من المشاكل الذى تواجه تنظيم الخدمات الصحية بوزارة الصحة أو التأمين الصحى أو المؤسسة العلاجية أو المستشفيات الجامعية أو التعليم الطبى أو العلاج الخاص لا يمكن حلها إلا فى ظل تخطيط مركزى موحد تلتزم به جميع هذه الجهات عند التنفيذ .

وللأسف فإن المجلس الأعلى للخدمات الصحية حاليًّا لا يمارس سلطاته واختصاصاته .

وفى جميع بلاد العالم فإن وزير الصحة أو وزارة الصحة نفسها تكون هى المسئولة عن جميع الخدمات الصحية التى تؤدى — والوضع الحالى فى بلادنا يوجد هيئات متعددة تخطط ، وتشرف ، وتنفذ على قطاعات من الخدمات الصحية دون تنسيق بينها ، وليست هناك خطة مركزية موحدة لها .

ولا نجد حلا لمشكلة التوسع فى التأمين الصحى أو حلا لمشاكل كثيرة ، مشاكل تنظيم العلاج ، والرعاية الصحية للمواطنين ، إلا فى ظل تخطيط مركزى واحد للخدمات الصحية يقوم به المجلس الأعلى للخدمات الصحية وتلتزم به جميع الهيئات . . . وبحيث تشرف وزارة الصحة أساساً على الخدمات الوقائية ، وتنشأ هيئة عليا لتنظيم العلاج (تتبعها جميع القطاعات التى تقدم خدمات

---

(١) قد يحل المجلس القومى للخدمات محل المجلس الأعلى للخدمات الصحية فى المستقبل .

علاجية) (المستشفيات العامة — التأمين الصحى — المؤسسة العلاجية — المستشفيات الجامعية — القطاع الخاص) .

مزايا التأمين الصحى

رغم كل ما يمكن أن يقال عن بعض عيوب التأمين الصحى فى التطبيق . فإن التأمين الصحى قد نجح لا شك فى تحقيق مزايا لها وزنها .

أولا : قدر متزايد من العدالة فى العلاج :

استطاع التأمين الصحى أن يقدم الخدمات الطبية للمنتفعين بمستوى عال من الأداء ، وبتكلفة منخفضة نسبيًّا ، لا يمكن مقارنتها بالتكاليف التى تتحملها الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى حتى الآن لأداء خدمات أقل فى مستواها فى كثير من الأحيان . وتخفيض التكاليف يعنى تخفيض العبء الذى تتحمله الدولة ، وتمكينها من تقديم الخدمات الطبية لعدد أكبر من أفراد الشعب بنفس الموارد التى كانت تنفق قبل تطبيق التأمين الصحى .

وقد استطاع مشروع التأمين الصحى أن يوفر قدرًا أكبر من العدالة فى مجالين مختلفين ، أولهما بين جمهور المنتفعين الذين قدمت لهم جميعاً الخدمات الطبية المختلفة بصورة موحدة إلى حد كبير ، رغم وجود بقايا العقلية والنظم التى تميز بين المرضى على أساس مستواهم الوظيفى والاجتماعى ، ولم يعد يوجد الآن ذلك البون الشاسع بين العاملين الذى كان موجوداً فى علاج الشركات أو حتى المؤسسة العلاجية ، كما تحققت المساواة بين الشرائح المختلفة من العاملين الذين كانت تفرق بينهم قوانين التأمينات الاجتماعية القديمة .

يضاف إلى ذلك أن جميع العاملين فى الدولة والقطاع العام يساهمون الآن بنسبة ١ ٪ من أجرهم ، فتختلف بذلك مساهمتهم حسب دخل كل واحد من عمله . وفى ذلك تحمل جماعى للأعباء اللازمة إذا أردنا أن يشمل هذا المشروع جميع العاملين على نطاق الجمهورية كلها .

والمجال الثانى الذى تحقق فيه مزيد من العدالة هو تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص ، إلى حد كبير ، بين الأطباء ، حيث إن التأمين الصحى يتيح فرصاً أوسع للعمل أمام جميع الأطباء ، طبقاً لأسس موضوعية ، ويدفع لهم مقابل خدماتهم على أساس خبرتهم العملية ، ومؤهلاتهم العلمية . وبهذا تتلافى هيئة التأمين الصحى النظام الذى تتبعه الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى ، حيث لا يوجد أى أساس موحد لاختيار الأطباء ، أو لسداد أتعابهم ، مما أدى إلى حصول حفنة من الأطباء على مبالغ خيالية ، فى الوقت الذى لا يحصل فيه البعض الآخر إلا على القليل .

كما أن الهيئة فتحت مزيداً من الفرص المتكافئة أمام الصيدليات التى تعاقدت مع عدد كبير منهم ، بدلا من أن تحتكر صيدلية واحدة أو عدداً من الصيدليات ، صرف الأدوية للعاملين ، وهو ما يحدث حتى الآن فى الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى .

وحقق التأمين الصحى قدراً أكبر من الاستقلال للأطباء فى عملهم ، فلم يعودوا موظفين فى الشركات ، مما يسمح لهم بمعاملة جميع المنتفعين على قدم المساواة إذا ما تخلصوا من بقايا القيم والضغوط الاجتماعية القديمة . ويظهر أثر هذا فى منح الإجازات وصرف الأدوية حيث أصبح من الممكن تشديد الرقابة على الأطباء .

ثانياً : استطاع التأمين الصحى ، بوسائل مختلفة ، أن يخلق فى التطبيق حلولا تؤدى إلى زيادة الكفاية الإنتاجية للعاملين فمثلا جعل خدمة الممارس العام تتم داخل الشركة نفسها ، مما يوفر للعاملين الكثير من الوقت والجهد الذى يضيع إذا ما اضطر العامل للذهاب إلى الطبيب خارج الشركة ، وأمكن إحكام الرقابة على أداء الخدمات الطبية ، مما أدى إلى تحديد نسب التردد ، والإجازات المرضية ، وإن كانت ما زالت فى حاجة إلى جهد إضافى لتوصيلها إلى الحد الطبيعى . وأدت العيادات الشاملة إلى أداء خدمات الأخصائيين بطريقة فعالة ،

وسريعة ، توفر الوقت الذى يمكن أن يضيع فى التنقل من أخصائى إلى أخصائى .

ثالثاً : تمكن مشروع التأمين الصحى من تخفيض التكلفة للفرد الواحد فى السنة إلى ما يزيد قليلا على عشرة جنيهات ، بينما الدراسات المتعددة أثبتت ، أن كثيراً من الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى ، تنفق فى المتوسط ، على العامل الواحد ، ما يصل إلى عشرين جنيهاً سنوياً . يضاف إلى ذلك أن الشركات التى تعاقدت مع شركات التأمين على العلاج الطبى ، تدفع عن العامل الواحد مبلغاً يتراوح بين ١٣ و ٢٠ جنيهاً فى بعض الأحيان ، فى حين أن المزايا التى تمنحها هذه الشركات تقل كثيراً عن المزايا التى يمنحها مشروع التأمين الصحى ، الذى أظهر بهذه الوسيلة مواطن الإسراف التى كانت موجودة فى نظم العلاج القديمة داخل الشركات .

يلاحظ أيضاً أنه حتى فى حدود الشركة الواحدة ، يوجد تفرقة فى العلاج فى النظم التى لم تدخل بعد فى إطار التأمين الصحى ، فقد دلت بعض الدراسات على أن متوسط تكلفة العامل فى المراكز الرئيسية للشركات بالقاهرة يبلغ أضعاف متوسط تكلفة العامل فى الأقاليم ، كما ثبت أن هذا الإسراف ينصب أساساً على الأدوية التى تصرف خارج المستشفيات ، وعلى الأتعاب التى تدفع للأطباء الذين يقومون بالعلاج فى عياداتهم الخاصة ، مما حدى برئيس الوزراء السابق (صدقى سليمان) إلى إصدار توجيهات بتوحيد العلاج الطبى فى الشركات على أساس التعاقد الشامل بتسعة جنيهات للمنتفع الواحد فى السنة ، وإن كان معدل تطبيق هذا التوجيه ما زال يتسم ببطء شديد ، حتى فى المؤسسة العلاجية وهى جهة حكومية مفروض عليها أن تطبق اتجاهات الحكومة بالسرعة المطلوبة . ولكن هنا مرة أخرى ، تلعب المصالح دورها سواء من ناحية المؤسسة التى تريد أن تزيد من دخلها لتغطية العجز السنوى الذى تعانى منه ، أو من ناحية المصالح المتشابكة للإدارات فى الشركات والأطباء الذين يريدون أن يرفعوا من دخولهم .

رابعاً : يساهم مشروع التأمين الصحى فى خلق إمكانيات جديدة للعلاج

عن طريق توسيع المستشفيات القائمة أو ترميمها أو إنشاء مستشفيات جديدة ، وزيادة عدد الأسرة ، وإقامة العيادات الشاملة والمجمعة ، وذلك بناء على دراسات تجرى قبل التطبيق لضمان توفر المعدلات المطلوبة لتنفيذ التأمين الصحى فى أى منطقة من المناطق ، وإن كانت هذه التوسعات تتم فى بعض الأحيان بسبب عدم وجود التنسيق المطلوب بين الجهات الصحية المختلفة ، كما سبق أن ذكرنا .

خامساً : ربما تمكن التأمين الصحى من تخفيض معدلات الغياب ، وإن كان هذا الأمر يحتاج إلى مزيد من الدليل ، حيث إن لائحة العاملين الجديدة قد تكون هى السبب الرئيسى فى أى انخفاض من هذا النوع .

ومعدل الغياب فى الشركات التى لم يطبق عليها التأمين الصحى يصل إلى ثمانية أيام فى السنة أو أكثر ، بينما المعدل قد انخفض إلى ٢٫١ يوم فى السنة حسب إحصاءات الإسكندرية الخاصة بمشروع التأمين الصحى .

ومن شأن هذا الانخفاض أن يزيد لا شك من الطاقة الإنتاجية للبلاد .

وهكذا نرى أن مشروع التأمين الصحى هو بالفعل طريق المستقبل نحو نظام شامل وفعال للخدمات الطبية الوقائية والعلاجية فى المدن . وهو جدير إذن بكل تشجيع واهتمام وببذل الجهود اللازمة للتغلب على جميع العيوب التى ما زال يعانى منها .

الفصل السابع :

العلاج بأجر رمزى

بدأ التفكير فى تنفيذ مشروع العلاج بأجر فى أوائل سنة ١٩٦٧ . وقد كانت المؤسسة العلاجية أول من طبقته فى مستشفياتها ، ثم لجأت هيئة التأمين الصحى إليه لشغل الطاقة الفائضة المتوفرة فى العيادات الخارجية والمستشفيات المخصصة لخدمة مشروع التأمين الصحى فى حلوان وشبرا الخيمة ، وفى الوقت نفسه اتخذت خطوات سريعة لإدخال نفس النظام فى مستشفيات وزارة الصحة ، حتى إنه فى آخر نوفمبر سنة ١٩٦٧ كان عدد كبير من المستشفيات التابعة لها فى محافظة القاهرة ، قد طبقته بالفعل . أما المستشفيات الجامعية فى القاهرة فقد قررت الهيئات المسئولة عنه امتداد نظام العلاج بأجر رمزى إليه على أن يبدأ فى أول يناير بعلاج الأسنان ، ثم يمتد إلى الفروع الأخرى عندما تعمل الاستعدادات الكاملة .

أما فى محافظة الإسكندرية فقد كانت المستشفيات الجامعية سباقة فى هذا الميدان ، ولكن على عكس الوضع فى القاهرة ، لم تلجأ هيئة التأمين الصحى إلى تنفيذ مشروع العلاج بأجر رمزى ، نظراً لأن التأمين الصحى مطبق بالفعل ، ومن المفروض أن تشغل كل طاقة العيادات والمستشفيات فى هذا المجال .

والعلاج الاقتصادى ، كما يسمى فى بعض الأحيان ، يمتد إلى جميع التخصصات . فقد اتفق على تطبيقه مثلا فى مستشفى الأطفال بأبى الريش ، وكلية طب الأسنان ، كما تم تطبيقه بالفعل مثلا فى مستشفى فم الخليج خلال شهر نوفمبر ١٩٦٧ وكذلك فى مستشفى الجلاء للولادة ، وفى مستشفيات الأمراض العقلية .

إن أعباء هذا العلاج على المنتفع ستكون خفيفة للغاية إذا ما قورنت بأسعار العلاج فى المستشفيات والعيادات الخاصة ، وحتى فى المؤسسة العلاجية .

والواقع أن هذا المشروع يمكن أن يحقق فوائد كثيرة .

١ — تقديم خدمة طبية ذات مستوى معقول بأسعار مخفضة لتلك الفئات من الناس (موظفين ، عاملين ، أسر) التى لم يطبق عليها التأمين الصحى بعد ، والتى كانت فريسة لاستغلال القطاع الخاص ، أو كانت تلجأ إلى العلاج المجانى تهرباً من دفع التكاليف العالية للعلاج الحر . وفى نفس الوقت تضييق الفرص مرة أخرى على بعض أبواب الاستغلال فى العلاج الطبى .

٢ — الاستفادة من الطاقات المعطلة من عيادات خارجية ، وأجهزة ، ومعامل ، وأشعة ، وأطباء ، وهيئات تمريض ، وإمكانيات أخرى لا تعمل بكل قواها جزءاً من الوقت بعد الظهر ، ويمكن تشغيلها ساعات إضافية . وهذا ينطبق بالذات على مستشفيات وزارة الصحة حيث تتوفر كل الإمكانيات المطلوبة لتطبيق هذا النظام .

٣ — إدخال نظام العلاج بأجر سيؤدى إلى إيجاد دوافع لرفع مستوى الخدمة فى المستشفيات المجانية ، وإدخال تحسينات على العيادات الخارجية ، والأقسام الداخلية ، وعموماً على الخدمات التى نقدمها . وهى فى نفس الوقت يمكن أن تكون مورداً إضافياً يستفاد منه فى الصرف على التحسينات ، والترميمات ، وأعمال الصيانة المطلوبة ، أو على شراء أجهزة جديدة أو عمل توسعات ، كما يمكن استخدام جزء من الدخل الناتج من المشروع لإيجاد بعض الحوافز المادية الإضافية للأطباء والعاملين .

وبشكل عام فإن المشروع يفتح إمكانيات جديدة لتدعيم الاستقلال المالى للمستشفيات وإيجاد الحوافز اللازمة لرفع مستوى الخدمة .

ويتولى العلاج ، والإشراف على رعاية المرضى ، وإجراء العمليات الأطباء الأخصائيون فى المستشفى . وقد تقرر فى أغلب الحالات أن توزع حصيلة العلاج

الاقتصادى على أساس تخصيص العائد من أجر الأسرة لصندوق تحسين الخدمة فى الأقسام المجانية الذى أنشئ فى هذه المستشفيات ، أما أجور العمليات فتوزع على أساس تخصيص ٤٠ ٪ للطبيب الذى أشرف على العلاج وقام بإجراء العملية . و ٢٠ ٪ للعاملين بالقسم ، و ٤٠ ٪ لصندوق تحسين الخدمة فى المستشفى ، وإن كان هذا الأمر متروكاً للمستشفى بالاتفاق مع المنطقة الطبية أو الهيئة التى تتبع لها .

وهناك نظام موضوع أيضاً لتوزيع الرسوم النابعة من أجر الكشف ، ورسوم التحاليل والأشعات إلخ .

٤ — إدخال نظام العلاج بأجر فى المستشفيات الجامعية ، والتى ما زالت تعمل على الأساس المجانى ، فضلا عن المزايا التى ذكرناها ، يخلق فرصاً جديدة للتطوير . وأول هذه الفرص هو إمكانية إقامة عيادات تخصصية على مستوى عال يعمل فيها كبار الأساتذة كاستشاريين ، وتحول إليهم الحالات من جميع أنحاء القطر ، ومن الأقطار العربية ، حيث تدفع لهم رسوم مرتفعة نسبياً . فيكون ذلك مورداً إضافياً للمستشفيات الجامعية ، وفرصة للبدء فى تطبيق مبدأ التفرغ ، حتى على كبار الأساتذة ، حيث إن هذه العيادات ، والأقسام الداخلية التى يمكن أن توضع فى خدمتها ، تصبح مع الزمن مورداً مالياً مهماً .

كما يسمح العلاج الاقتصادى أيضاً بتطبيق التفرغ تدريجياً على عدد متزايد من أعضاء هيئة التدريس . وقد تعرضنا من قبل لأهمية التفرغ فى تحسين المستشفيات الجامعية ، وفى تحسين رفع مستوى الدراسة عموماً فى كليات الطب .

والمسألة متوقفة على عمل الاستعدادات اللازمة لتطبيق هذا المشروع فى المستشفيات الجامعية .

بعض نماذج العلاج الاقتصادى

١ — افتتح العلاج بأجور رمزية فى مستشفى فم الخليج لعلاج الأمراض الباطنية ، وأمراض القلب والدم ، وحددت رسوم الأسرة على أساس ٨٠ قرشاً فى اليوم للدرجة الثانية العادية ، و ٦٠ قرشاً فى اليوم للدرجة الثانية المخفضة .

ويدفع المريض ١٠ قروش رسم كشف عند دخول المستشفى ، وحددت أجور مخفضة لباقى الخدمات ، فمثلا يدفع المريض ٢٠ قرشاً مقابل تحليل كامل للبول ، و ٧٥ قرشاً للتحليل الكامل للدم ، و ٥٠ قرشاً لعد الدم ، و ٧٥ قرشاً مقابل عمل رسم بيانى للسكر ، وجنيهاً واحداً لرسم القلب والتمثيل الغذائى واختبار الحمل ، أى نحو ٥ / ١ القيمة فى الخارج .

أما الأشعة فقد حدد الفيلم الصغير مقابل ٥٠ قرشاً ، والفيلم الكبير جنيه ، على أن يجرى تخفيض بنسبة ٥٠ ٪ بعد الفيلم الثانى ، وفيما يختص بالأدوية فإنها تصرف بتخفيض ٥ ٪ عن السعر الرسمى المقرر فى الصيدليات الخارجية .

٢ — إن قسم العلاج بأجر رمزى فى مستشفى الجلاء للولادة يتكون من ثلاث درجات : الأولى الممتازة ، وهى عبارة عن غرفة بسرير واحد يلحق بها حمام ، وقد حدد أجر الإقامة فيها بمبلغ ١٢٠ قرشاً يومياً . والأجر الخاص بالعمليات فى هذه الدرجة هو عشرة جنيهات للعملية الكبيرة ، و ٨ جنيهات للعمليات المتوسطة ، و ٦ جنيهات للعمليات البسيطة ، والأولى العادية وهى غرفة بها سريران حدد أجر الإقامة فيها بمبلغ ٨٠ قرشاً يومياً للسرير الواحد ، وأجور العمليات هى ٨ ثم ٦ ثم ٤ جنيهات للثلاثة أنواع من العمليات ، والثانية وأجر الإقامة فيها ٦٠ قرشاً يومياً ، ورسوم العمليات هى ٦ و ٤ و ٢ جنيه حسب نوع العملية .

٣ — وعلاج الأسنان بأجر رمزى فى كلية طب القاهرة سيبدأ فى يناير القادم[١] وستخصص الفترة من الساعة الثالثة إلى الساعة الخامسة مساء وتتراوح أجور

---

(١) سنة ١٩٦٨ .

الخدمة بين ٣٠ قرشاً و ٣٠ جنيهاً فى حالات التقويم التجميلى للأسنان وهى عملية بالغة التعقيد تتكلف مبلغاً يتراوح بين ١٠٠ جنيه و ٢٠٠ جنيه فى العلاج الخاص. وخلع السنة الواحدة بالأشعة يتكلف ٣٠ قرشاً . والحشو ٨٠ قرشاً ، والطاقم الجزئى ٥٠ قرشاً مقابل كل سنة ، و ١٠ جنيهات للطاقم الكامل .

وقد انتهت الإدارة العامة لمستشفيات جامعة القاهرة من إعداد اللائحة التنفيذية لمشروع العلاج بأجر الذى سينفذ فى أوائل العام القادم ، وتتلخص أهداف المشروع كما حددته اللائحة فى الاستفادة من الإمكانيات البشرية ، والخبرات التخصصية ، والمعدات والتجهيزات المقامة فى المستشفيات الجامعية ، لتوفير الخدمات الطبية على مستوى عال من الكفاءة لقطاعات أوسع من المرضى ، قد لا تتوفر خارج هذه المستشفيات ، وإتاحة المجال للمستشفيات الجامعية والعاملين فيها للمشاركة فى مد نظام التأمين الصحى والخدمات العلاجية إلى المجموعات والأفراد ، وفتح المجال أمام أعضاء هيئة التدريس ليتسنى لهم ممارسة المهنة فى غير أوقات العمل داخل حرم المستشفيات ، مع إيجاد نظام الحوافز لتشجيعهم على التواجد والتفرغ للعمل بالمستشفيات أطول فترة ممكنة ، والاستفادة من عائد المشروع فى تحسين الخدمة فى هذه المستشفيات ، ودعم ميزانية الخدمات المجانية فيها ، وحل جانب من مشكلة نقص الإمكانيات المادية .

وأوضحت اللائحة الخدمات المتاحة فى المشروع ، ونظام العمل به على النحو التالى :

– خدمات بالعيادة الخارجية ، والأقسام الداخلية ، فى التخصصات المختلفة ، وخدمات معملية ، وتشخيص بالأشعة ، على أن يخصص مجلس إدارة المستشفيات أماكن محددة فى المستشفيات لهذا الغرض .

– تشكيل لجنة للإشراف على المشروع من أحد أعضاء المكتب التنفيذى من الأطباء ورؤساء أقسام الأمراض الباطنية ، والجراحة ، والأشعة ، ومندوب من قسمى الباثولوجيا الكيمائية والإكلينيكية .

– يقبل بالقسم الداخلى المرضى المحالون من الشركات والمؤسسات والهيئات ، بناء على خطاب رسمى منها تلتزم فيه بدفع تكاليف العلاج .

كما يقبل به المرضى المحالون من العيادات الخارجية العامة ، أو الخاصة ، طبقاً لأقدمية كشوف الانتظار ، عدا الحالات الطارئة .

– بالنسبة لمرضى القطاع الخاص تحصل منهم مبالغ تتراوح بين ١٠ و ٣٠ جنيهاً بصفة أمانة لحين انتهاء العلاج ، وإجراء الحساب الختامى للمريض .

– يصرف الدواء للمترددين على العيادة الخارجية من صيدلية المشروع ، مع خصم ٥ ٪ من قيمته المحددة رسمياً ، كما يتم صرف الدم من مركز نقل الدم بمبنى القصر العينى ، أو من الخارج ، إذا لم يتوافر به .

– حددت اللائحة مواعيد العمل بالعيادة الخارجية من الثالثة إلى الخامسة وإلى السابعة صيفاً . وتحدد المواعيد بالقسم الداخلى لجنة الإشراف على المشروع بحيث لا تتعارض مع مواعيد عمل أعضاء هيئة التدريس .

– تستبعد من جملة المبالغ المحصلة نسب محددة مقابل التحاليل ، والأشعة العادية ، واستهلاك الأجهزة والمصاريف الإدارية ، وتحضير غرفة العمليات ، كعائد للمستشفيات. والمتبقى بعد ذلك يخصص منه ٤٠٪ للمستشفيات ، و ٤٠٪ للأطباء ، وأخصائى العلاج الطبيعى ، و ٢٠ ٪ للعاملين من هيئة التمريض ، والمساعدين ، والعمال .

هذا، وقد قام مجلس إدارة مستشفيات جامعة القاهرة بتحديد فئات العلاج بأجر فى تخصصات العلاج بالأشعة ، وطب الصناعات ، وجراحة الأعصاب ، والتشخيص والعلاج بالذرة ، والكلى الصناعية ، وأمراض النساء والولادة ، والأمراض النفسية ، والجراحة العامة .

والواقع أن مشروع العلاج الاقتصادى يحقق مميزات لها وزنها ، خصوصاً إذا ما قورنت بالرسوم الباهظة التى ما زالت تدفع فى العلاج الحر ، داخل

المستشفيات الخاصة ، أو مستشفيات المؤسسة العلاجية . ويمكن أن يحقق نجاحاً أكيداً إذا ما توفرت له بعض الشروط . أولها : توفير إمكانيات الخدمة الميسرة فى العيادات الخارجية والأقسام الداخلية ، بحيث يقبل عليها المرضى ، ويحسون بفارق حقيقى بينها وبين العلاج المجانى ، وثانيها : تطبيق سياسة حكيمة ومرنة فى موضوع الحوافز ، بحيث يكافأ العاملون فى المشروع حسب الجهد الذى يبذلونه . فإذا تساوى الجميع ، رغم جهودهم المتفاوتة ، وإذا لم تكن المكافآت مجزية فى الحدود المعقولة ، يمكن أن ينهار المشروع بحكم الإهمال والروتين الذى سيصيبه نتيجة لفقدان الاهتمام الواجب من جانب العاملين فيه . وقد لوحظ مثلاً أن حصيلة الممرضة من العمل طوال الشهر بعد الظهر فى المشروع يتراوح بين ٦٠ — ١٠٠ قرش وهى حصيلة منخفضة للغاية . وعلى هذا فمن المفيد أن تكون المكافأة بعدد الحالات ونوعيتها ، وأن تعمل سجلات دقيقة تسمح بعمل التقديرات الحسابية اللازمة .

ومن المهم أيضاً أن تمتد فترة الكشف بحيث يمكن للطبيب إعطاء وقت أكثر لكل مريض . فمتوسط عدد المترددين ١٥ ، وفترة الكشف لا تزيد عن ساعتين ، وهكذا فمن المفروض تخصيص ثمانى دقائق فقط لكل مريض ، وهذا ليس كافياً .

الفصل الثامن

اللامركزية وديموقراطية الخدمات

منذ قيام الثورة بذلت وزارة الصحة جهوداً كثيرة تهدف إلى تحسين خدمات الرعاية الطبية . فقد كان عدد المستشفيات الحكومية ٩٠ فى عام ١٩٥٢ ، أصبحت ١٥٥ فى سنة ١٩٦٦ ، وكان عدد الأسرة ٢١٤٤٠ ، فزادت إلى ٤٥٢٢٨ سنة ١٩٦٦ . وارتفعت عدد وحدات الأسنان من ٨٠ إلى ٥٠٠ ، وعدد وحدات الأشعة من ٥٠ إلى ٣١١ ، وعدد الأطباء من ٦٠٠ منهم ٢٠ ٪ أخصائيون) إلى ١٨٠٠ (منهم ٥٠ ٪ أخصائيون) وعدد أفراد هيئة التمريض من ٨٨٠ إلى ٣٨٨٧ ، وعدد مدارس الممرضات من ٢ إلى ٩ ، وعدد الصيادلة من ١٠٠ إلى ٥٨٦ ، وعدد مشرفات التغذية من صفر إلى ٨٠ ، وعدد المعامل التشخيصية من ٥٠ إلى ٣٠٠ إلخ . . .

واستحدثت كما رأينا من قبل أنواع جديدة من خدمات الرعاية الطبية ، مثل الخدمات التأهيلية ، والرعاية الطبية المنزلية . وخصصت مستشفيات أو أقسام لعلاج أمراض معينة ، مثل أمراض الدم، والغدد الصماء ، والسرطان ، والصدر والقلب ، وأدخلت تحسينات على طريقة صرف الأدوية ، وأساليب التغذية . وزاد الاهتمام بمشاكل التدريب ، لزيادة مهارات وخبرات العاملين ، بإنشاء المعاهد ومراكز التدريب ، وإرسال البعثات الداخلية والخارجية .

ورغم كل ما تقدم من زيادة الإمكانيات المادية والبشرية بمستشفيات وزارة الصحة ، فقد تبين أن مستوى الخدمة ما زال أقل بكثير مما كنا نأمل فيه ، حتى

فى ظل الظروف القاسية ، والإمكانيات المحدودة التى نعانى منها ، والسبب فى رأينا يعود إلى أربعة عوامل رئيسية :

أولا : ضعف الإمكانيات المادية .

ثانياً : مستوى الوعى والتنظيم بين جميع العاملين فى الخدمات الصحية ، وهى مشكلة سياسية اجتماعية أساساً .

ثالثاً : كفاءة نظم التدريب ومدى اتساعها .

رابعاً : النظم الإدارية العتيقة التى ما زالت تحكم جهاز وزارة الصحة ، وفروعه ، ومشتقاته ، وتفشى البيروقراطية والروتين ، وضعف الحوافز الأدبية والمادية المقدمة للعاملين ، وباختصار عدم وجود الجو الديمقراطى الذى يساعد على التقدم .

وفى سنة ١٩٦٥ صدر القرار الجمهورى رقم ٢٤٤٤ الخاص بتنظيم إدارة مستشفيات وزارة الصحة ، بهدف خلق قدر كبير من الاستقلال الإدارى ، والتخلص من اللوائح والقواعد المقيدة للعمل ، وتوسيع نطاق الإدارة والرقابة الديموقراطية والشعبية فى المستشفيات . فطبيعة الأعمال العلاجية تتطلب سرعة التصرف وحرية العمل ، كماتتطلب الإحساس المرهف بالمسئولية ، وبضرورة تشديد الرقابة ، لأنها تتعلق مباشرة بحياة الناس وأعز ما يملكون فيها ، وهى صحتهم الجثمانية والعقلية . وهذا يتنافى تماماً مع الأسلوب الروتينى المعقد ، ويتطلب إخضاع الخدمات العلاجية للرقابة والمحاسبة الصارمة من جانب العاملين والمنتفعين على حد سواء .

لذلك رئى تحريراً لإمكانيات العمل ، أن تعتبر مستشفيات وزارة الصحة وحدات مستقلة ، تتمتع باستقلال مالى وإدارى ، ويطبق فى شأن إدارتها القواعد والقرارات المنظمة للهيئات العامة ، وقد نص على ذلك فى المادة الأولى من القرار الجمهورى . وحتى تتحقق المرونة فى التنفيذ ، وتترك الفرصة مفتوحة للتوسع فى

التنفيذ مستقبلاً . أعطيت لوزير الصحة سلطة تحديد المستشفيات ، والوحدات العلاجية ، التى تطبق عليها أحكام هذه المادة ، مما يعطى إمكانية التطبيق فى يوم من الأيام على نطاق كل الوحدات العلاجية فى المدن والريف . وهذه النقطة هامة للغاية لأنها ترسم طريق المستقبل لتطور الخدمات الطبية وتطبيق أسلوب الإدارة الديموقراطية عليها .

ونصت المادة الثانية على أن يصدر وزير الصحة لائحة أساسية تبين طريقة تشكيل مجالس الإدارات ، وسلطاتها ، ومسئولياتها ، وعلاقاتها بالأجهزة الإدارية فى المناطق الطبية ، والقواعد المنظمة للشئون المالية والإدارية والفنية ، كل ذلك يهدف إلى توحيد نظام العمل ، والتخلص من قيود اللوائح والنظم الحكومية . وقد صدرت هذه اللائحة بقرار وزارى سنة ١٩٦٥ ، تحت رقم ٦٨٩ ، على أن يمثل فى هذه المجالس مندوبون عن الحكم المحلى ، والاتحاد الاشتراكى ، والعاملين .

وزيادة فى تحرير إمكانيات العمل نصت المادة الثالثة على أن تعتبر ميزانية كل مستشفى ميزانية خاصة ، تلحق بميزانية الشئون الصحية بالمحافظة ، على أن تحدد لكل مستشفى إعانة مالية سنوية ، ضمن ميزانية وزارة الصحة ، تتباين من مستشفى لأخرى ، حسب عدد الأسرة ومستوى الخدمة . . . إلخ .

وأعطت اللائحة لمديرى المستشفيات ، ومجالس الإدارات ، ومديرى المناطق الطبية ، سلطات مالية وإدارية واسعة ، من شأنها ، إذا ما استخدمت بطريقة سليمة أن تلعب دوراً كبيراً فى انطلاق العمل . وهذه السلطات تمتد إلى صرف مئات وآلاف من الجنيهات ، بالشراء المباشر ، أو الممارسة أو المناقصة ، وإلى زيادة نسب السلف المؤقتة والمستديمة .

ولما كان من المنتظر أن تقدم هذه المستشفيات خدمات علاجية نظير مقابل مادى يدفعه المواطنون ، وهو ما يسمى مشروع العلاج بأجر مخفض ، كما أنه من المنتظر زيادة أعباء العاملين بها ، بسبب زيادة الخدمات التى تقوم بها ،

فقد نصت المادة الرابعة على إيجاد نظام لصرف المكافآت (الحوافز) بقرار من وزير الصحة ، وعمل صندوق تخصص حصيلته لتحسين الخدمة ، وتتكون موارده من الإيرادات الخاصة التى تحصلها المستشفى أو الوحدة .

نقاط من اللائحة الأساسية لمستشفيات وزارة الصحة

تحدد المادة الثانية من اللائحة طريقة تشكيل مجلس إدارة المستشفى ، وهى تنص على أن التشكيل يتم بقرار من المحافظ ، ويكون عدد أعضاء المجلس من سبعة إلى عشرة ، علاوة على رئيس المجلس وهو مدير المستشفى ، وذلك حسب حجم المستشفى .

ويتكون مجلس الإدارة من :

١ — مدير المستشفى رئيساً .

٢ — عضو من مجلس المحافظة أو المدينة .

٣ — عضوين من لجنة الاتحاد الاشتراكى.

فى نفس المستوى .

٤ — ثلاثة إلى ستة من العاملين بالمستشفى من بينهم رئيسة التمريض .

ويجوز فى المدينة الواحدة ، إذا قل عدد أسرة المستشفى ، أن يشكل مجلس إدارة واحد لأكثر من مستشفى ، وذلك مع الاحتفاظ بميزانية منفصلة لكل مستشفى من هذه المستشفيات . وفى هذه الحالة يكون مدير كل مستشفى عضواً فى مجلس الإدارة ، ويكون رئيس المجلس مدير المستشفى الأكبر .

إن إدارة المستشفى عن طريق المجلس المشكل طبقاً للائحة ، يؤكد عدة مبادئ هامة ، منها جماعية القيادة كوسيلة أفضل للإدارة من القيادة الفردية وحدها التى تتمثل فى سلطات مدير المستشفى ، وإشراك العاملين فى إدارة الوحدة العلاجية ، وكذلك إشراك المنتفعين الذين يمثلون عن طريق أجهزة الاتحاد

الاشتراكى . وهذه المبادئ ترتبط ارتباطاً وثيقاً بفكرة تطبيق الديموقراطية فى مجال الخدمات .

وتتلخص سلطات مجلس الإدارة ، التى نصت عليها المادة الثالثة ، فى تنفيذ السياسة العامة للعلاج ، والإشراف على الخدمات التى يؤديها المستشفى وعلى وضع التنظيم الداخلى للعمل ، وعلى مدارس هيئات التمريض الملحقة به ، ثم على تنفيذ الميزانية بما تتضمنه من صرف اعتمادات ، وتجاوز للاعتماد السنوى فى بند أو أكثر من بنوده ، فى حدود وفورات البنود الأخرى من نفس الباب ، وتحديد السلف ، وقواعد صرفها ، والموافقة على المقايسات السنوية للأدوية والمعدات ، والمهمات والأغذية وغيرها ، واقتراح نظم العلاج بأجر ، ونسبة الأسرة التى ستخصص له ، على ألا تزيد عن ١٠ ٪ من مجموع أسرة المستشفى ، وتحديد أجور الإقامة ، والفحوص الطبية والعلاج ، وعقد الاتفاقات مع الهيئات والمؤسسات والشركات ، فى شأن قيام المستشفى بعلاج العاملين التابعين لها .

ويعتبر مدير المستشفى الجهة التنفيذية المسئولة أمام مجلس الإدارة فى تطبيق السياسة التى يقررها مجلس الإدارة ، وقراراته المتعلقة بمختلف النقاط التى أوردنا ذكرها ، إلى جانب تفاصيل الإدارة اليومية للمستشفى . وهو يعتبر إذن المسئول الأول عن مستوى الخدمات العلاجية التى يقدمها المستشفى وحسن سير العمل فيه .

ويجب الإشارة هنا إلى أن نظم العلاج بأجر ، والمكافآت المتعلقة بها ، وكذلك الاتفاقات التى تبرمها مجالس الإدارات مع الهيئات والمؤسسات والشركات ، لا تكون نافذة إلا بعد الحصول على موافقة مدير المنطقة الطبية .

ومن الملاحظ أيضاً أن سلطات مدير المستشفى ، ومجلس الإدارة ، فى توقيع الجزاءات على العاملين الذين تزيد فئاتهم عن المسابقة محدودة حيث إنه لا يملك أكثر من توجيه إنذار إلى الذين تتراوح فئاتهم بين السادسة والرابعة ، واقتراح الجزاءات الأخرى التى يرى تطبيقها عليهم . ولا يملك أى شىء فيما يتعلق بمن تزيد فئتهم عن الرابعة . ومثل هذه التفرقة البينة هى تدعيم للأوضاع الخاصة التى

تتمتع بها الفئات العليا ، وإضعاف للقدرة على المحاسبة ، وعلى تدعيم روح الاحترام للعمل والنظام . وكان الواجب إعطاء سلطات أوسع للمدير ولمجلس الإدارة ، مع كفالة الضمانات اللازمة وتطبيق قدر معقول من التمييز بين كبار وصغار العاملين .

وقد توسعت اللائحة فى السلطات المالية لإدارات المستشفيات ، وهو أمر هام للغاية فى تشجيع روح الإنجاز ، والتصرف السريع . وأصبح من حق المدير أن يأمر بالشراء المباشر فى حدود خمسين جنيهاً ، وأن يجرى ممارسة تصل إلى مائتى جنيه ، ومناقصة حدها الأعلى ألف جنيه .

أما مجلس الإدارة فسلطاته المالية تصل إلى مائتى جنيه فى الشراء المباشر ، وألفى جنيه فى ممارسة ، ثم خمسة آلاف جنيه فى المناقصة .

وبالطبع تزيد سلطات مدير المنطقة الطبية عن هذه الحدود بدرجة كبيرة . فمن حقه التصريح بالشراء المباشر من الشركات الحكومية المتخصصة فى استيراد الأصناف التى تستورد من الخارج ، إذا كانت هى المستوردة الوحيدة مهما كانت قيمة هذه الأصناف ، والتصريح بالممارسة فى حدود مبالغ تتراوح بين ألفى جنيه وعشرين ألفاً ، وأخيراً اعتماد نتيجة البت فى المناقصات العامة التى تزيد قيمتها عن عشرين ألف جنيه .

* * *

إن صدور اللائحة الجديدة يعتبر فى الواقع قفزة إلى الأمام . بقى أن نقول للأسف إن القرار الجمهورى الخاص بتنظيم إدارة المستشفيات وبالذات فيما يتعلق بتشكيل مجالس الإدارات ما زالت معطلة حتى الآن فى مستشفيات وزارة الصحة والمؤسسة العلاجية على السواء ، بحجة تدعيم المسئولية الفردية والمحاسبة . وهذه الظاهرة تدل على أنه ما زال يعوزنا فهم العلاقة السليمة بين العمل الجماعى والمسئولية الفردية ، وأن المسئولية الفردية ، على عكس ما يظنه البعض ، لا تتنافى مع العمل الجماعى ، بل تتطلب تأكيداً وتدعيما له .

إن كفاءة الخدمات العلاجية فى أى مجتمع تقاس أساساً بمستوى الخدمة الطبية التى تقدمها المستشفيات العامة والمتخصصة ، والوحدات الطبية المختلفة . وأيًّا كانت السياسة الصحية ونظامها فى الدولة ، فإن الخدمة العلاجية فى النهاية تصل إلى المواطنين أفراداً وجماعات عن طريق المستشفيات . ومن هنا كان واجب العاملين بالمستشفيات ، والمسئولين عن إداراتها ، أن يعملوا دائبين على أن تكون هذه المستشفيات قادرة على مسايرة التطور والنمو فى المجتمع ، وقادرة على الاستجابة لاحتياجاته واتجاهاته .

هذا هو واجب المستشفيات ومسئولية العاملين بها نحو المجتمع ، وعلى المجتمع فى الوقت ذاته مسئولية نحو المستشفيات القائمة على خدمته ، بتيسير الظروف الملائمة من النواحى الإدارية والتنظيمية ، وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية كمًّا ونوعاً ، حتى تتمكن المستشفيات من القيام برسالتها على المستوى المطلوب من الكفاءة طبيًّا واجتماعيًّا .

وأن وضوح هذه المفاهيم عن المسئولية المشتركة بين المستشفى والمجتمع هو أساس التطوير وجوهره . وليس هناك شك فى أن المشاركة الإيجابية فى إدارة المستشفى من جانب العاملين ، فيه ومن المستفيدين بالخدمة أيضاً ، هو أضمن السبل للوصول إلى الهدف الذى يسعى إليه المجتمع الاشتراكى فى توفير أرقى مستوى ممكن من الخدمات الطبية .

ومنذ قيام الثورة تمكنت وزارة الصحة وخاصة بعد قوانين يوليو ١٩٦١ من إجراء توسع كبير فى المدن والقرى .

وكان من الطبيعى بعد تعزيز الإمكانيات المادية والبشرية والفنية أن تبدى الوزارة اهتماماً متزايداً بنوع الخدمات المقدمة ومستواها ، وهذا يتطلب تحرير إمكانيات العمل والإنتاج عن طريق تطوير النظم واللوائح والقوانين التى تحكم سير العمل والإنتاج فى المستشفيات على الأسس التالية :

١ — التغيير فى نظم إدارتها على أساس المشاركة الجماعية الديموقراطية ،

وتدعيم استقلالها الذاتى ، وسلطة التصرف المحلية ، بحيث يمكن التوسع فى تطبيق الإدارة الذاتية للوحدات الطبية .

٢ — التحرر من قيود الروتين والقواعد التى تحكم سير العمل فيها من النواحى الإدارية والمالية .

وتطبيقاً لهذه الأسس صدر القرار الجمهورى الذى أشرنا إليه نورد هنا بعض فقراته الأساسية التى يتجسد فيها جوهر التقيد المقصود :

(ا) نصت المادة الأولى منه على أن يسرى هذا النظام على جميع المستشفيات والوحدات الطبية التى يصدر بتحديدها قرار من وزير الإدارة المحلية ووزير الصحة ، ويكون لها استقلال مالى وإدارى .

(ب) وحتى يمكن توحيد العمل فى هذه المستشفيات والوحدات نُصت المادة الثانية منه على أن ينظم العمل فيها عن طريق لائحة أساسية تصدر بقرار من وزير الصحة والإدارة المحلية ، وتتضمن القواعد الإدارية والمالية والفنية اللازمة لإدارتها دون التقيد باللوائح والقواعد المنظمة للمصالح الحكومية .

(حـ) وفى المادة الثالثة نص القرار الجمهورى على أن يكون لكل مستشفى أو وحدة مجلس إدارة ، تبين اللائحة الأساسية طريقة تشكيله وسلطاته ومسئولياته . وأوجبت هذه المادة أيضاً أن يشترك فى عضوية مجلس الإدارة ممثلون عن الاتحاد الاشتراكى العربى والمجالس المحلية والعاملين بالمستشفى أو الوحدة . وهذا بهدف تطبيق جماعية القيادة ، وتدعيم الديموقراطية فى الإدارة وضمان المشاركة الإيجابية لمختلف الأطراف التى لها صلة بالمستشفى .

(د) واستكمالاً لتحرير الإدارة فى المستشفيات والوحدات نصت المادة الرابعة على أن يكون لكل منها ميزانية خاصة فرعية ، وحساب مالى منفصل يتضمن عناصر الإنفاق والموارد .

(هـ) ونظراً لأن المجهود الذى يبذله العاملون بهذه المستشفيات والوحدات سوف يزيد نتيجة لقيامهم بأعباء جديدة استلزمها تطوير الخدمة ورفع مستواها ،

فقد رئى منحهم مكافآت إضافية استثناء من أحكام القرار الجمهورى رقم ١٥٦ لسنة ١٩٥٩ . ولذلك نصت المادة الخامسة من القرار على أن تتضمن اللائحة الأساسية المشار إليها ، القواعد التى تتبع فى منح المكافآت .

وبصدور القرار الوزارى رقم ٦٢٨ لسنة ١٩٦٥ الخاص باللائحة الأساسية تقدمت الخدمات الطبية خطوة هامة فى طريق ديموقراطية الخدمات .

ولكن فى هذا المجال : كما هو الحال فى كل المجالات الأخرى، ما زالت مشكلة التطبيق هى الفيصل فى مدى قدرتنا على تطوير الخدمات الطبية بالاستفادة من النظم الجديدة التى أقرت بالقانون ، وبقى أن تتحول إلى واقع فى الحياة .

الفصل التاسع

تطوير الخدمات الطبية للمدن

ربما كان من الممكن الآن ، بعد أن استعرضنا بشيء من التفصيل الخدمات الطبية فى المدن ، أن نستخلص بعض المسائل الرئيسية التى يجب أن تبرز وبعض المشاكل التى تحتاج إلى علاج إذا أردنا أن نرفع مستوى الخدمات الصحية فى المدن ، وأن نضمن لها اضطراد التقدم .

وإذا كنا سنركز اهتمامنا على القطاع العام ، فإن السبب ليس عدم إدراك لأهمية العلاج الحر ، بما يشمله من عيادات ، ومستوصفات ، ومستشفيات ، ومعامل يعمل فيها آلاف الأطباء ، ولكنه فقط الإحساس بأن السبيل إلى حل مشاكل القطاع الخاص فى الخدمات الطبية يمر أولاً وقبل كل شيء عبر تقدم القطاع العام وتحسن مستوى الخدمة فيه . إن كثيراً من المشاكل التى نواجهها فى العيادات والمستشفيات الخاصة والتى تبدو مستعصية الحل الآن ، يمكن أن تصبح يسيرة الحل إذا ما ارتفع القطاع العام إلى المستوى المطلوب . ولذلك لا نميل ، فى الرحلة الحالية على الأقل ، إلى تقديم اقتراحات لتنظيم العلاج الحر ، قد تبدو جميلة وبراقة ومقنعة فى مظهرها ، ولكنها ستتحطم فى الغالب على صخرة الواقع ، ذلك الواقع الذى ما زال يسمح لمهنة الطب الحرة أن تتحكم فى كثير من الأشياء ، وأن تفرض فى كثير من الأحيان سيطرتها واستغلالها على وسائل العلاج ، وعلى المرضى ، تلك السيطرة المستمدة فى نفس الوقت من بقايا الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية الموروثة من الماضى ، والتى تشكل السند الرئيسى لكل صور الاستغلال المتبقية فى مختلف الميادين ، بما فيها ميدان الخدمات الطبية .

لقد بدأ الاهتمام بالخدمات العلاجية فى المدن حينما أقيمت مستشفيات فى عواصم المحافظات ثم المراكز ، وأنشئت الوحدات المتخصصة للرمد ، وأمراض الصدر ، والأمراض العقلية ، والجزام بالتدريج . ولكن ظلت هذه الخدمات تعانى عديداً من المشاكل ،وتعانى من التوسع البطىء فى عملية الإنشاء ، طوال فترة السيطرة الاستعمارية الإقطاعية . بل وأيضاً فى السنوات التسع الأولى للثورة . وقد تميزت الخدمات العلاجية فى المدن إذن ببعض الخصائص :

١ ــ المبالغ الزهيدة المعتمدة للتوسع فى الإنشاءات والتجهيزات ، وفى إعداد القوى العاملة اللازمة .

٢ ــ سيطرة العلاج الخاص الكاملة على الخدمات الطبية ،نتيجة لانخفاض كفاءة المستشفيات العامة من ناحية، واهتمام القائمين على تنفيذ الخدمة الصحية أساساً بمكاسبهم الشخصية من العمل الحر .

٣ ــ بعد الجماهير الشعبية المستفيدة من الخدمة الطبية وعن الاشتراك فى إدارتها والرقابة عليها .

٤ ــ تعدد الجهات المشرفة على الخدمة الصحية مما أدى إلى كثير من الازدواج والتضارب .

ولكن عندما صدرت قرارات يوليو سنة ١٩٦١ بدأت تظهر المشروعات التى تهدف إلى تحسين الخدمة الطبية ، ورصدت المبالغ اللازمة لإجراء التوسعات التى تمثل القاعدة المادية والأسلحة الضرورية فى شن حملة ناجحة على المرض ، كما تمثل أيضاً شرطاً ضرورياً لإمكان تحسين مستوى الخدمات الطبية .

ولعل التطورات التى حدثت فى المدة الأخيرة الممتدة من يوليو سنة ١٩٦١- حتى اليوم هى :

١ ــ مشروع الوحدات الصحية الريفية .

٢ ــ التوسع السريع فى بناء المستشفيات العامة والمركزية والمتخصصة .

٣ – إنشاء المؤسسات العلاجية ومجالس إدارة المستشفيات .
٤ – مشروع التأمين الصحى .
٥ – تأميم صناعة واستيراد وتوزيع الدواء .

وكان الهدف من وراء هذه المشروعات أساساً ، أولاً : تسهيل الحصول على الخدمة الطبية أمام الفلاحين فى الريف ، وأمام العاملين فى الحكومة والقطاع العام.

ثانياً : البدء إلى حد ما فى تطبيق التسلسل العلمى للخدمات الطبية من الممارس العام ، إلى خدمة العيادة الشاملة ، إلى خدمة المستشفى إلى حد ما فى الريف والمدينة .

ثالثاً : إشراك العاملين فى الوحدات الصحية المختلفة ، وممثلى الشعب فى إدارتها ، وتحمل جزء من مسئولية الرقابة والإشراف .

رابعاً : سيطرة القطاع العام على الخدمات الصحية ، بحيث يمكن توفير الخدمات المطلوبة بأقل التكاليف لجماهير الشعب ، والقضاء تدريجياً على مظاهر الاستغلال فى المهن الطبية . وهذا يتطلب أساساً نجاح هذه المشروعات ، ونجاح المنشآت الصحية الجديدة فى أداء رسالتها بكفاءة حتى يمكن جذب الجماهير من القطاع الخاص إليها .

وفى بلادنا ما زال متوسط دخل الفرد السنوى ٥٦ جنيهاً ، ومعنى هذا أن الأغلبية العظمى من الشعب تعيش فى مستوى منخفض . ولما كانت تكلفة العلاج الخاص عالية جداً بالنسبة إلى هذه الأغلبية ، فلابد من إنجاح القطاع العام ممثلا فى مستشفيات وزارة الصحة ، والمؤسسة العلاجية ، والتأمين الصحى ، إلى الحد الذى يسمح للجماهير بأن تحصل على خدمة طبية لائقة دون عنت وإرهاق . إن مجتمعاً يسير نحو تحقيق القيم الاشتراكية لا بد من أن يقدم الخدمات الأساسية مثل التعليم والطب للشعب ، بمقابل بسيط مقدور عليه ، وفى يوم من الأيام دون مقابل على الإطلاق .

* * *

إن الملاحظات العامة التى يمكن إبداؤها عن الخدمات الصحية فى المدن ، والتى ربما ينطبق أغلبها على الوضع فى الريف أيضاً ، تتلخص فى عدة نقاط هامة لا بد من التنبيه لها وعلاجها منذ الآن .

١ — وأول هذه الملاحظات هو كثرة الضغط الواقع على أغلب هذه المستشفيات ، ومن الأسباب الرئيسية لهذا الضغط هو عدم تحديد مستويات الخدمة العلاجية بالقدر المطلوب وربطها بطريقة محكمة . فالمريض ، أى مريض ، يتوجه مباشرة إلى المستشفى من أجل الاستشارة الطبية ، ولو أمكننا تحديد الاختصاصات لمختلف المستويات اللازمة للخدمة الطبية كما هو موجود فى التأمين الصحى ، وإلزام المرضى والأطباء باحترام هذا التحديد ، لاستطعنا أن نتفادى الكثير من المشاكل التى تتعرض لها المستشفيات حالياً . وإذا كان من الصعب تطبيق هذا النظام بكل دقة على نطاق القطر فلا أقل من البدء ببعض المناطق ، مثل محافظة القاهرة مثلا ، ثم الامتداد بالتدريج إلى المناطق الأخرى .

ويمكن إجمال هذه المستويات باختصار شديد فى :

● مستوى الوحدة الصحية البيئية ، الممثلة فى الممارس العام الذى يعمل العيادة الخارجية بالمنشأة أو العيادة مجمعة للمنشآت الصغيرة والأحياء السكنية ، (يقابله الممارس العام فى الوحدة الريفية بالقرية) ويختص بالإشراف مباشر على عدد محدود من السكان يقدر بألفى شخص تقريباً (٥٠٠٠ فى القرية) ، ويقوم هذا المستوى بالعمل الطبى مباشر لحل كافة المشاكل الصحية فى بيئتها ، سواء كانت إجراءات وقائية مثل التطعيم ضد مختلف الأمراض أو إجراءات علاجية ضد الأمراض العادية . ومن هذا المستوى يتم التحويل للمستويات التالية .

ومن المهم أن نشير هنا إلى أهمية التوحيد بين الأعمال الوقائية والأعمال العلاجية فى الأحياء ، أو داخل المنشآت (دور الممارس العام فى الأمراض المهنية)

● مستوى العيادة الشاملة : وهى عيادة خارجية لكل ١٥ — ٢٠ ألفاً من السكان يتوافر فيها وجود الإخصائيين فى مختلف الأمراض، هى مجهزة بمعمل تجهيزاً كافياً ، وإمكانيات لعمل أشعات . ويتم التحويل إليها من الوحدات الصحية البيئية ، وتقوم هى بتحويل الحالات إلى المستشفيات ، إذا ما كان هناك داع لذلك .

وقد قامت المؤسسة العلاجية وهيئة التأمين الصحى ، بإقامة العيادات الشاملة التى تعتبر إحدى التطويرات الحديثة فى نظامنا العلاجى . ومن شأن هذه العيادات أن تخفف الضغط على العيادات الخارجية ، والأقسام الداخلية ، فى المستشفيات ، وتسمح إذن بحسن استخدام الأسرة ، كما أنها تيسر الخدمات الصحية للمواطنين عن طريق التوزيع الجغرافى السليم .

(ج) مستوى العلاج فى المستشفى العام ، ويقتصر فيه على الحالات التى تتطلب فعلاً دخول المستشفى لإجراء العلاج المباشر ، أو التى تحتاج إلى أبحاث معينة لا يمكن أن تجرى إلا فى المستشفيات .

(د) مستوى العلاج فى المستشفيات المتخصصة ، ومراكز الأبحاث ، مثل مستشفيات الأمراض الصدرية ، والعقلية والحميات ، وكذلك مراكز الأبحاث للحالات الدقيقة مثل جراحة القلب ، وعلاج السرطان . ويتم التحويل إليها بمعرفة المستشفيات العامة أو الإخصائيين فى العيادات الشاملة .

إن مثل هذا التقسيم ، وتحديد الاختصاصات للوحدات العلاجية المختلفة ، إذا ما اقترن بالتوزيع الجغرافى للخدمة الطبية فى المستشفيات ، الذى أشرنا إليه من قبل ، هو إحدى مفاتيح المستقبل فى تطوير العلاج . وقد أخذ التأمين الصحى بهذا النظام ، كما أن مشروع الوحدات الريفية يعتبر النواة الثانية لهذا النظام فى الريف . وربما أمكن فى المستقبل تحويل الوحدات المجمعة والوحدات الصحية إلى نوع من العيادات الشاملة .

إلا أن تحقيق هذا النظام على نطاق شامل أمر مستحيل الآن ، لما يتطلبه من أعداد هائلة من الأطباء ، وهيئة التمريض والفنيين ، وهؤلاء لا يمكن توفرهم حاليًّا ، كما يتطلب اعتمادات ضخمة لا تستطيع أن تتحملها الدولة فى الوقت الحالى . ولكن يمكن البدء فيه بالتوزيع الجغرافى لبعض المستشفيات فى مدينة مثل مدينة القاهرة ، وبإنشاء عيادات شاملة خاصة فى الأحياء المكتظة ، وفى المناطق التى تتعرض فيها المستشفيات إلى ضغط شديد .

ثانياً :حتى يمكن تقييم الخدمات الطبية ووضعها على أسس علمية مدروسة فمن الضرورى أن توجد معدلات واضحة للأداء . وفى الواقع لا توجد هذه المعدلات فى الأجهزة المختصة حتى الآن . والموجود حاليًّا هو بعض المحاولات فى هذا الصدد . ولا يمكن فى ظروفنا أن نطبق المعدلات الموجودة فى المراجع الخاصة بالدول المتقدمة ، نظراً للاختلاف الواضح بين الوضع فى بلدنا والوضع فى الدول المتقدمة ، من حيث التباين فى المستوى الفنى للهيئات المساعدة ، فمثلاً المستوى الفنى للمرضة يختلف كثيراً فى بلدنا عنه فى الدول المتقدمة ، والاختلاف فى الإمكانيات الموجودة بالمستشفيات مثل الاستعمال الآلى لوسائل التخاطب ، والاستفادة من كل تقدم تكنولوجى ، مما يخلق هوة واسعة عند المقارنة بالأوضاع فى المستشفيات المصرية ، والاختلاف فى درجة تعاون المرضى ؛ حيث إنه نتيجة لارتفاع الوعى الصحى ، ومستوى النظافة ، يستجيب المرضى للتعليمات الطبية وينفذونها بكل دقة .

كل هذا بالطبع ، إلى جانب المستوى العام للدخل ، وبالتالى القدرة على الإنفاق فى المشروعات الصحية تؤثر على معدلات الأداء .

ولو أخذنا أنسب المحاولات التى أجريت فى إدارة التخطيط بوزارة الصحة لتحديد معدلات للأداء ، لكل عشرة أسرة نجدها كالآتى :

الأطباء	١,٥ طبيب
هيئة التمريض	٣ ممرضات

الهيئات المساعدة ١,٥٥

العمال ٤,٥

إن هذه المعدلات متواضعة إلا أنها ربما تمثل أقرب المعدلات إلى الواقع فى المرحلة الحالية ، وعلى ذلك يمكن تحقيقها .

ثالثاً : اتضح من دراسة الخدمات العلاجية فى المدن ضرورة إيجاد هيئة مشرفة واحدة فى المحافظات المختلفة تستطيع أن تضع خطة موحدة وأن تنسق الجهود بين الجهات المختلفة (وزارة الصحة ، الجامعات ، المؤسسة ، التأمين الصحى) نظراً لضرورة توحيد الخدمات الطبية فى نظام يتقارب باستمرار إلى أن يندمج فى التأمين الصحى كأساس لعلاج العاملين فى القطاع العام والحكومة ، إلى جانب الخدمات المجانية فى مستشفيات وزارة الصحة والجامعات . والواقع أن إنشاء مجالس للخدمات الطبية فى المحافظات من شأنه أن يلعب دوراً مهماً فى سد عديد من الثغرات التى ما زالت هذه الخدمات تعانى منها .

رابعاً : إن مسألة التفرغ للأطباء هى حجر للزاوية فى جذب عدد متزايد من أحسن العناصر فنياً لسد احتياجات مستشفيات التأمين ، والمؤسسات العلاجية ووزارة الصحة ، وقد آن الأوان لكى يبحث هذا الموضوع بجدية .

خامساً : التمريض يحتاج إلى جهود كبيرة ، وإلى اهتمام بالمستوى المادى والفنى ، إذا أردنا أن ننجح فى زيادة العدد ، وتحقيق التقدم الذى لابد منه للارتفاع بمستوى الخدمات الصحية نفسها .

سادساً : إن تكاليف الخدمة الطبية تمثل إحدى العقبات الأساسية أمام توسيع نطاقها ، بحيث تشمل جميع المواطنين . كما أن دراسة اقتصاديات هذه الخدمة مسألة ضرورية لوضع تخطيط سليم فى المستقبل . ويرتبط بهذا الموضوع ضرورة إنشاء وحدات حسابية على مستوى الجمهورية ، والمناطق ، والمستشفيات ، بحيث يمكن عمل دراسات سليمة لمعدلات التكلفة التى تمثل إحدى عناصر التقييم الأساسية .

والواقع أنه لا توجد دراسات دقيقة حول تكلفة الخدمة العلاجية ، ولكن توجد بعض المحاولات تشمل متوسط التكلفة على نطاق الجمهورية . كما أن الملاحظ وجود تفاوت كبير بين تقديرات التكلفة من مستشفى إلى آخر . فتقدير تكلفة سرير المستشفى العام فى وزارة الصحة يتراوح بين ٤٥٣ و ٥٠٠ جنيه ، (٣١٣ جنيهاً باب أول و ١٨٧ جنيهاً باب ثان) فى حين أن تكلفة السرير فى مستشفى دار الشفاء يصل إلى ١٠٠٠ جنيه ويرجع هذا التفاوت إلى الفروق الكبيرة فى الأجور ، والتغذية ، والتمريض ، وكذلك فى مستوى الخدمة . أما تكلفة إنشاء السرير الواحد فقد قدر له ٢٠٠٠ جنيه عند إقامة مستشفى جديد و ١٢٥٠ جنيهاً عند إقامة جناح جديد مجهز بالمطابخ والمغاسل إلخ .

من هذا يتضح مدى ما تتحمله الدولة فى إنشاء المستشفيات ، أو إضافة الأجنحة ، والمدى الذى تصل إليه تكاليف السرير الواحد فى السنة . لذلك فمن الضرورى مراعاة حسن استغلال الأسرة الموجودة فى المستشفيات حالياً . فإذا قدرنا أن متوسط إقامة المريض هو ١١ يوماً فى مستشفيات وزارة الصحة ، تكون تكلفة المريض الواحد هو ١٥ جنيهاً تقريباً .

أما تكلفة العيادة الخارجية للفرد فى السنة فلا يوجد مصدر سوى تكلفة المنتفع الواحد فى السنة من الخدمة التأمينية وهى تصل إلى ٥,٧٤٦ حسب إحصاءات سنة ٦٥ / ٦٦ وإلى ٣,٢٩٢ جنيهات فى العلاج داخل المستشفى للفرد .

والتكلفة الأساسية فى العيادة الخارجية نابعة من الدواء ، ولكن على أية حال تبين هذه المصروفات المرتفعة أن هناك حاجة إلى وضع معدلات مالية مدروسة ، وتحديد كافة أوجه الصرف التى يمكن الاستغناء عنها أو تقليلها .

سابعاً : لابد أن نكرر مرة أخرى الأهمية القصوى للاهتمام جدياً بالخدمات الوقائية فى المدن داخل المنشآت الصناعية ، والمتمثلة فى حصر ودراسة الأمراض المهنية ، وطرق الوقاية منها . وقد أصبحت هذه المسألة من أخطر التحديات التى

تواجه الخدمات الطبية فى بلد يتسع فيه نطاق التصنيع ، وتنمو فيه المدن بسرعة فائقة . لابد أن يتم فى المدن ذلك التوحيد اللازم ، على مستوى الممارس العام ، بين الخدمة العلاجية والخدمة الوقائية ، والذى يجعل منه حقاً طبيب البيئة .

ثامناً : إن العمل الجماهيرى فى مجال الخدمات الصحية قد اقتصر فى الماضى على إنشاء الوحدات العلاجية كالمستشفيات ، والمستوصفات لتحقيق أغراض شخصية ، أو سياسية حزبية ، أو للتخفيف من حدة الصراع الاجتماعى والتمويه على الجماهير باسم الأعمال الخيرية . ونحن نعتقد ، أن مجال العمل الجماهيرى فى الخدمات الصحية ، هو تكتيل فئات واسعة من الشعب للاشتراك الفعلى فى القضاء على المشاكل الصحية التى لا تستطيع الأجهزة التنفيذية أن تتصدى لها وحدها ، بحكم طبيعتها ، والدور الذى خصص لها . وربما تكون مهمة الثقافة الصحية فى إحدى جوانبها الهامة متعلقة بمثل هذه المهمة .

ومن هذا المفهوم يتضح أن مجال العمل الجماهيرى فى الخدمات الطبية هام وأساسى . ويمكننا أن نورد أمثلة لبعض أوجه النشاط التى يشملها .

١ – صيانة المنشآت الصحية وحسن إدارتها : وذلك بتبصير جماهير الشعب ، من المنتفعين بالخدمات الطبية ، بأن المنشآت الصحية ملكية عامة ، أنشئت فى سبيل خدمتها ، وأن صيانتها ، وتيسير وسائل العمل فيها ، هو ليس واجب الإدارة فقط ، ولكن أيضاً واجب الجمهور . ويمكن أن تكون تجربة مجالس إدارات المستشفيات مفيدة فى هذا المجال ، كما أن من مهمة التنظيمات الشعبية فرض رقابة واعية على المنشآت الصحية ، حتى تعمل بأقصى طاقة وكفاءة ممكنة أيضاً . وهذا يشمل بالطبع استغلال كافة الإمكانيات الموجودة بالمنشأة ، وحسن استخدام الأفراد العاملين ، والاقتصاد فى الدواء والمستلزمات الطبية ، بالشكل الذى لا يعوق العمل ، أو يخفض فى مستوى الخدمة الطبية .

٢ – الدعوة للاشتراك فى مدارس التمريض حيث إن نسبة الالتحاق إلى الآن هى ٥٠ ٪ من طاقتها مما يمثل مشكلة أساسية فى تنفيذ الخطة الصحية .

٣ ـ الدعاية للتبرع بالدم .

٤ ـ المساهمة فى حل المشاكل الاجتماعية والنفسية للمرضى المزمنين ، والذين يمثلون عنصر الشكوى والضغط المستمر على أسرة المستشفيات والعيادات الخارجية ، وهم محتاجون إلى جهود جماعية لحل مشاكلهم ، وإقناعهم بأن الخدمة الطبية لها حدود لا تستطيع أن تتعداها .

تاسعاً : التثقيف الصحى : إن عملية التثقيف الصحى للجماهير الشعبية من أهم الواجبات الملقاة على عاتق المسئولين والعاملين فى الخدمات الطبية ، وتشمل هذه العملية أساساً طرق الوقاية من الأمراض ، وضرورة الاستشارة الطبية المبكرة إلخ (تذكر ما قلناه فى مكافحة الأمراض المتوطنة) .

عاشراً : وأخيراً نريد أن نشير إلى مسألة ينبغى التنبيه إليها فى الوقت المناسب ، وهى ضرورة وجود عدد قليل من المستشفيات النموذجية التى تكرس لها الاعتمادات السخية وإدخال أحدث الوسائل الفنية والإمكانيات العلمية فيها حتى نضمن عدم التخلف عن التقدم العلمى الهائل الذى تحققه بعض البلاد فى مجال الخدمات الصحية العلاجية .

* * *

هكذا تنتهى الفصول الخاصة بالخدمات الصحية فى المدن . والنقاط التى أوردناها فى الجزء الأخير ليست بالطبع آخر ما يمكن أن يقال عن المشاكل والثغرات التى تحتاج إلى علاج . ولكنها مجرد اتجاهات عامة ، يمكن أن تكون إطاراً للمناقشات والدراسات المثمرة التى قام بها الكثيرون .

الباب الرابع

التصنيع والمشكلات الصحية الجديدة

الفصل الأول

الأمراض العقلية

إن الأمراض العقلية مشكلة قديمة وحديثة معاً ، فهى قديمة بمعنى أن الأشخاص المصابين بها وجدوا فى كل المجتمعات منذ أقدم العصور ، وهى حديثة بسبب التقدم العظيم الذى تحقق فى علاجها خلال السنوات العشر الماضية ، ولكن أيضاً بسبب التهديدات الجديدة التى أصبح الاستقرار العقلى والنفسى معرضاً لها نتيجة للتغيرات العنيفة ، والسريعة ، التى طرأت على حياة الناس فى بلادنا .

والتحدى الكبير الذى نواجهه فى الوقت الحاضر ، هو إعادة تشكيل الخدمات العقلية الحالية ، بحيث يمكنها أن تنتفع تماماً بالتقدم الحديث فى الحقل العلاجى ، وأن تواجه التهديدات الجديدة فى السنوات القادمة .

وهناك بعض النقاط الرئيسية التى يجب أن توضع فى أى برنامج للصحة العقلية .

١ — تدريب أخصائى الأمراض العقلية ، والممرضات ، وزيادة عدد المنح والبعثات . وقد أرسل خلال سنة ١٩٦٧ / ١٩٦٨ من وزارة الصحة ، ممرضات فى بعثات داخلية للصحة النفسية ، و ٧ أطباء فى بعثات للخارج .

٢ – إيجاد خدمات الصحة العقلية الخاصة بالأطفال ، وقد أرسلت بعثات من أطباء الصحة المدرسية لهذا الغرض .

٣ – مواجهة مشكلة المرضى المزمنين .

٤ – إعادة تنظيم مستشفيات الأمراض العقلية .

٥ – إنشاء عيادات نفسية ، وأقسام داخلية ، فى المستشفيات العامة التابعة للوزارة ، والتأمين الصحى ، والمؤسسة العلاجية ، وقد بدأ تنفيذ هذا الاتجاه بالفعل فى الثلاث جهات ، وتوجد الآن عيادات نفسية وأقسام داخلية فى بعض المستشفيات ، فضلاً عما يوجد فى المستشفيات الجامعية ، كما أدخل مشروع العلاج بأجر فى مستشفى الأمراض العقلية بالعباسية .

ولكن ما زالت مشكلة المرضى المزمنين إحدى المشاكل الرئيسية فى بلادنا ، كما هو الشأن فى غيرها من البلاد .

وعندما يتحسن إعداد مستشفيات الأمراض العقلية بالموظفين اللازمين ، فإن إدخال نظم العلاج الحديثة سيقلل عدد المرضى الذين يصبح مرضهم مزمناً . والأوضاع الإنسانية والإدارية تتطلب قدراً أكبر من الاهتمام بمجموع المرضى المزمنين ، الذين تغص بهم مستشفيات الأمراض العقلية فى الوقت الحاضر . إن مستشفيات الأمراض العقلية التى استنفذت إمكانياتها ، وتقاعست خلف المجتمع المتطور ، هى مشكلات حقيقية ، وهى تكاد أن تكون مشكلة عالمية ليست مقصورة على بلادنا ، إلا أن التجربة دلت على إمكان إجراء تحسين كبير باتباع وسائل بسيطة نسبيًّا ، إذا ما اتخذت إجراءات فعالة . وقد لفتت عديد من التقارير النظر إلى قيمة إسناد عمل للمرضى ، فى تحسين العلاج بالمستشفيات ، بالإضافة إلى أن هذا الإجراء له قيمة علاجية كبيرة .

هذا من ناحية ، ومن ناحية أخرى ما زلنا نفتقر إلى بيانات مفصلة عن وبائية الأمراض العقلية ، والبحث فى هذا الاتجاه ستكون له أهمية خاصة فى

تقرير طرق العلاج فى المستقبل . يضاف إلى ذلك أن صحة كبار السن تتصل اتصالاً وثيقاً بخدمات الصحة العقلية . ومع ذلك فإن انهيار الصحة العقلية لدى المسنين ، ينبغى ألا يكون مزمناً ، ويمكن عمل الكثير لمعاونتهم بإجراءات بسيطة ، ومع زيادة عمر المواطنين ، ومع تفكك الأسرة نتيجة للتصنيع والهجرة ، لابد من إعطاء مزيد من الاهتمام للصحة البدنية والعقلية بين المسنين .

المرض النفسى والعقلى وأثره على الإنتاج :

وينبغى أن نتنبه فى الوقت المناسب إلى أن الأمراض العقلية والنفسية تحتل أحد أمكنة الصدارة بين المشكلات الصحية فى العالم كله ، وذلك لنزوعها إلى التفاقم المضطرد بسبب مصاعب الحياة العصرية فى ظل التصنيع ، والمدن الكبيرة . إنها تقضى على سعادة الفرد المصاب ، وتنسف فرص الحياة العائلية السليمة ، وتؤدى إلى هبوط فى قدرة الفرد المريض على العمل ، وتصل به فى كثير من الأحيان إلى العجز الكامل المؤقت والدائم ، وتسبب اضطراباً خطيراً فى علاقته بمن يحيطون به فى البيت ، والعمل ، والمجتمع على نحو ينال من قدرتهم أيضاً على العمل إلى حد غير قليل .

وكل هذه العوامل يؤدى فى النهاية إلى خسارة كبيرة فى الطاقة الإنتاجية للدولة . وتتضح هذه الحقيقة من الجدول رقم ٤٤ .

جدول ٤٤

أثر الأمراض النفسية على الإنتاج

القطاع	نسبة الإصابة	العدد	نسبة الهبوط في القدرة الإنتاجية	الخسارة الإنتاجية بالجنيهات سنوياً
مرض يستدعى الحجز داخل المستشفيات العقلية للعلاج	٢ فى الألف	٥٠,٠٠٠	١٠٠٪	٢,٠٠٠,٠٠٠
مرض عقلى مبتدئ ومرض نفسى فى البالغين والأطفال بما فى ذلك حالات المرض الجسمى الذى يرجع إلى أسباب نفسية وحالات الانهيار الآسيوى وجنوح الأحداث وتناول المخدرات وغيرها من العلل الاجتماعية الراجعة إلى عوامل نفسية	١٠ ٪	٢,٥٠٠,٠٠٠	٤٠ ٪	٤٠,٠٠٠,٠٠٠

وتعنى هذه الأرقام أن الإنتاج يخسر بسبب المرض العقلى والنفسى ما يقرب من ٤٢ مليون جنيه سنوياً . وهذا بخلاف هبوط القدرة الإنتاجية إلى حد غير قليل عند من يحيطون بالمريض فى المنزل ، والعمل ، والمجتمع . وهى لا تقل فى قيمتها عن نصف هذا المبلغ سنوياً ، وعلى الأخص فى القطاع الصناعى نظراً للانتقال من البيئة الزراعية إلى البيئة الصناعية ، ولما يكتنف العمل الصناعى من مشقات .

وبالإضافة إلى ما سبق اتضح من بعض الدراسات التى عملت :

١ — أن نسبة الإصابة بالأمراض النفسية تصل على اختلاف أنواعها من ١٠ إلى ٢٠ ٪ .

٢ — أن ٣٠ ٪ من الأمراض الجسمية فى القطاع الصناعى ترجع إلى علل نفسية .

٣ ـ أن ٢٠ ٪ من مجموع حالات الغياب عن العمل لأى سبب ترجع فى الواقع إلى حالات نفسية .

٤ ـ يقدر عدد مرضى العقل بحوالى ٦٠,٠٠٠ ، كما أن هناك ٢,٥٠٠,٠٠٠ مصابين بمرض عقلى مبتدئ .

خدمات الصحة النفسية

تتبلور خدمات الصحة النفسية فى صورتها الكاملة فى إنشاء مراكز تابعة للمستشفيات العامة ، وتتبع الخدمات الصحية الإقليمية . وتشمل هذه المراكز خدمات وقائية وعلاجية وبحوث .

١ ـ الخدمات الوقائية مهمة صعبة للغاية وتتوقف على حسن تنظيم الحياة الاجتماعية والثقافية عموماً .

٢ ـ الخدمات العلاجية تعتمد على مستشفيات الأمراض العقلية ، والعيادات النفسية الخارجية والداخلية الملحقة بالمستشفيات العامة ، والعيادات النفسية للصحة المدرسية ، ومراكز الإرشاد الزوجى والأسرى ، ومصحات علاج إدمان المخدرات .

٣ ـ البحوث العلمية وتشمل رفع مستوى الإنتاج عن طريق التعرف على خصائص الصناعة ، وعلاقتها بحالة العاملين النفسية ، والمساهمة فى حل المشاكل الاجتماعية للبالغين ، وجنوح الأحداث ، وتناول المخدرات إلخ . وعمل دراسات إحصائية للاضطرابات العصبية النفسية .

ويؤدى توفير خدمات الصحة النفسية على الوجه الأكمل إلى هبوط نسبة الأسرة المطلوبة للعلاج داخل المستشفيات العقلية من ٢ إلى ١ للألف من السكان . وهذه أقل نسبة يمكن الوصول إليها إذا تم إنشاء جميع الخدمات اللازمة من مستشفيات ، وعيادات فى وقت واحد ، كما تهبط أيضاً نسبة الإصابة بالمرض

العقلى المبتدئ ، والمرض النفسى بما يتبعه من علل اجتماعية ، من ١٠ ٪ إلى ٥ ٪ من السكان .

وإن إنشاء مستشفيات عقلية على النظام الحديث يؤدى إلى تقليل فترة العلاج وبالتالى نفقاته ، وإنشاء العيادات النفسية الخارجية الملحقة بالمستشفيات العامة وما يتبعها من أسرة ، وخدمات وقائية ، سيجعل من الممكن الاستغناء عن نصف أسرة المستشفيات العقلية الواجب توافرها ، لأن السرير الواحد فى العيادة الخارجية مع ما تؤديه العيادة من خدمات وقائية أخرى يوازى عشرة أسرة داخل المستشفيات العقلية .

والجدول رقم ٤٥ يبين المقارنة بين الخدمات الموجودة حالياً من حيث عدد المستشفيات والعيادات وعدد الأسرة ، وبين الخدمات التى يجب أن تكون متوفرة .

جدول ٤٥

مقارنة بين الخدمات الموجودة واللازمة للأمراض النفسية

القطاع	عدد المؤسسات		عدد الأسرة	
	اللازم توافرها	الموجودة	اللازم توافرها	الموجودة
مستشفيات	٥٠	٢	٣٠,٠٠٠	٤٢٤٥
عيادات خارجية	٢٥	٢٣	٣٠٠٠	٨٤
للبالغين	٢٠٠	٢٠	٢٥٠٠	٨٤
للأطفال	٥٠	٣	٥٠٠	—

أما تفاصيل توزيع الأسرة فهى كما يلى :

المحافظة	عدد أسرة الأمراض العقلية
القاهرة	٢٤٤٧
الإسكندرية	٢٠
الدقهلية	١٨
الشرقية	٢
القليوبية	١٧٣٤
كفر الشيخ	١٢
الغربية	١٢
المنيـــا	٢
سوهاج	١٠
مطروح	٨
	٤٢٦٥

ويلاحظ إذن من هذا التوزيع أنه ما زالت هناك محافظات كثيرة لا توجد فى مستشفياتها أسرة للأمراض النفسية ، كما أنه يمكن ملاحظة نفس النقص فى توزيع عيادات الأمراض النفسية . وقد قامت وزارة الصحة بإنشاء عيادات نفسية للمواطنين والطلبة بلغ عددها حتى الآن ٢٤ عيادة نفسية موزعة على المحافظات . وبكل عيادة من ١٠ — ٣٠ سريراً ، وهى ملحقة بالمستشفيات العامة ، والمستشفيات المركزية الجديدة بجميع المحافظات ، وتعمل على مستوى الأخصائى فى الطب النفسى . وهذه العيادات بها إمكانيات من أسرة ووسائل الرعاية الأخرى ، كما أنها أقدر على تحويل الحالات التى تستوجب علاجاً داخل المستشفيات العقلية . ومن المنتظر أن يصل عدد هذه الأسرة إلى ٢٠٠

خلال سنة ١٩٦٨ .كما تم إنشاء مستشفى الأمراض العقلية بالمعمورة ، ليضاف إلى مستشفى العباسية والخنكة .

والواقع أن الاتجاه لإنشاء عيادات نفسية فى المستشفيات العامة ، وتخصيص أسرة فى هذه المستشفيات ، والذى سارت فيه وزارة الصحة ، والمؤسسة العلاجية، والتأمين الصحى فى القاهرة ، يجب أن يتدعم وأن يسير بخطى أسرع حتى تلاحق التطور فى نسبة الأمراض النفسية وفى طريقة علاجها .

الفصل الثاني

الطب الصناعى وصحة البيئة

١ – صحة البيئة

خلال العقد الماضى ، تركز اهتمام واسع النطاق على تلوث البيئة بمبيدات الآفات ، ودخان المصانع ، وعوادم السيارات ، وفضلات الصناعة ، ومشاريع الاستصلاح . وفى أحيان كثيرة نجد أن درجة التشبع بالنسبة لاستيعاب الفضلات والهواء والماء قد جاوزت المعدلات المقبولة .

وقد صاحب زيادة الصناعة ، وزيادة عدد السكان ، وفوضى التوسع فى بعض المدن ، تدهور ملموس فى البيئة الخاصة ببعض الأماكن ، لم تستطع السيطرة عليه . وأصبحت السلطات الصحية تدرك أن هذه المشكلات فى حاجة إلى مواجهة بصورة أكثر فعالية . وفى هذه المرحلة ، حيث إن هناك فرصة للانتفاع بخبرة البلدان التى بلغت شأواً بعيداً فى حقل الصناعة ، من المهم أن نشرع من الآن فى مكافحة التلوث ، وإيجاد الإجراءات الوقائية بدلاً من الانتظار حتى نواجه بضرورة إيجاد إجراءات علاجية .

ومما زاد من تعقيد المشكلة الزيادة السريعة فى عدد السكان ، والزيادة الأسرع فى عدد سكان المدن فى البلدان النامية ، فمعدل الزيادة السنوى فى عدد سكان الجمهورية العربية هو ٢,٨ ٪ بينما الزيادة فى سكان المدن يصل إلى ٣,٩ ٪ .

وفيما يتعلق بنا فقد انصب الاهتمام بالدرجة الأولى على تزويد المدن والريف بالمياه النقية . وقد دخلت فى ٩٠ ٪ من أنحاء القطر ، ولكن التجربة العملية

أثبتت أنه فى كثير من الأحيان لا تصل المياه إلى كل أجزاء الشبكة وبالذات فى الأطراف والقرى البعيدة . وفى كثير من الأحيان تتوقف مرافق المياه عن العمل بسبب ضعف الصيانة . ومن المشكلات الكبرى المتعلقة بتقديم المياه النقية مشكلة تكاليفها ، وليست التكاليف مقصورة على تشغيل وصيانة المرافق فحسب ، بل تشمل أيضاً إيجاد المبالغ اللازمة للقيام بتجديد هذه المرافق عندما يتطلب الأمر ذلك ، خصوصاً وأن المياه تقدم مجاناً فى أغلب الأحوال .

٢ ــ الطب الصناعى

يتصل الطب الصناعى اتصالاً وثيقاً بالخدمات الوقائية فى المدن ، وإن كان له جانب علاجى هام أيضاً . وينقسم إلى عدة فروع يدخل فيها ، تلوث الجو من الدخان والسيارات ، وغازات المصانع ، والاشتراطات الصحية فى إقامة المساكن ، تخطيط المدن وإقامة المنشآت الصناعية ، وأثر المشاريع المختلفة على صحة السكان ، كما يشمل الأمراض المهنية وطرق الوقاية والعلاج منها . وقد تعرضنا للأمراض المهنية فى الفصل الخاص بالتأمين الصحى .

وفى مقدمة هذا الكتاب تعرضنا إلى تأثير التصنيع والتحضر فى بلادنا على تطور المشاكل الصحية .

والزيادة فى التصنيع تعنى بداهة استخدام مزيد من الأيدى العاملة فى الصناعة ، مما يتطلب بالضرورة تنظيم خدمات للصحة المهنية على نطاق واسع وبصورة أفضل . والحل الأمثل هو إدماج تلك الخدمات فى الخدمات الصحية العادية حيث يتم التكامل اللازم بين الجانب الوقائى والجانب العلاجى .

مهام الصحة الصناعية والمهنية

تخلق حركة التصنيع السريعة فى البلاد التى تعمل على إحداث تطوير جذرى فى بنائها الاقتصادى والاجتماعى المشاكل الصحية المهنية الخطيرة ،

فانتقال المجموعات الكبيرة من السكان من الزراعة إلى الصناعة ، ومن المناطق الريفية إلى المدن لابد أن يؤدى إلى ظهور مشاكل اجتماعية وصحية جديدة ، تضاف إلى المشكلات الصحية الصعبة الموجودة بالفعل .

والمشاكل التى تخلق فى البلاد النامية كثيراً ما تكون أخطر من مثيلاتها فى البلاد المتقدمة حيث إن هجرة السكان إلى المدن تقترن فى أغلب الأحيان بنوع من الحياة البدائية ، ذات المستوى المعيشى المنخفض ، والنسبة المرتفعة فى وفيات الأطفال ، وانتشار الأمراض مثل السل ، والبلهارسيا ، والإنكلستوما ، والنقص فى التغذية ، وقلة المقاومة للأمراض .

ويلاحظ أيضاً ارتفاع نسبة الحوادث فى المصانع بالنسبة للعاملين الذين لا يتمتعون إلا بخبرة صناعية محدودة ، ويلتحقون بعمل من نوع جديد . ويمكن التغلب على هذه المشكلة عن طريق التمرين ، وإجراءات الأمن الصناعى والتوعية الصحية السليمة والتدريب . ولذلك يجب مراعاة الشروط الصحية السليمة عند تصميم الآلات ، وفى طريقة العمل ، وفى ظروف العمل ، درءاً لانتشار الأمراض المهنية .

ويعتبر تحسين الحالة الصحية العامة للعاملين من أهم المشكلات التى سوف تواجه البلاد النامية فى فترة التصنيع السريع . كما أن إجراءات الكشف الصحى على العمال قبل الالتحاق بالعمل ، والفحص الطبى الدورى سوف يكون لهما أعظم الأثر فى تحسين الحالة الصحية . ولكن إلى جانب ذلك يجب الاهتمام بوضع الرعاية الصحية الكافية فى متناول العاملين حتى نحصل على النتيجة المرجوة .

وسوف يترتب على حركة التصنيع أيضاً مشاكل مرتبطة بالإسكان والتغذية . وسيكون من الصعب للغاية على العامل أن يكيف نفسه اجتماعياً خصوصاً إذا ما هاجر إلى المدينة ، وانفصل عن عائلته ، تاركاً أفرادها وراءه فى الريف ، بينما ينتقل هو إلى ظروف معيشية رديئة فى المناطق الصناعية . ومن الممكن أن

تتفاقم جميع هذه المشاكل إلى درجة بعيدة إذا ما ظهرت مشكلة البطالة .

وهناك حافز مهم يدفع الدولة وأصحاب الأعمال إلى الاهتمام بتوفير الرعاية الصحية للعمال . ذلك أن الرعاية الصحية السليمة تقلل نسبة الغياب ، وتزيد من الطاقة الإنتاجية للعاملين كمًّا وكيفاً . ولكن هذا الحافز لا يوجد بنفس القدر فى البلاد النامية ، حيث إن الفائض فى الأيدى العاملة يمكن أن يعوض بسهولة أى نقص فى العاملين ينتج عن الغياب أو المرض . ولذلك فإن الدافع الأساسى فى مثل هذه البلدان هو شعور المسئولين بواجبهم الاجتماعى إزاء العمال ، ووعى العمال بحقوقهم الصحية ، وبضرورة الدفاع عنها .

إن الخدمات الصحية المتوفرة للعاملين ما زالت حتى الآن لا تغطى بكفاءة حقيقية سوى قطاع صغير منهم ، وما زالت أمامنا صعوبات هائلة لنتمكن من تغطية جميع فئات القوى العاملة بالرعاية الصحية الواجبة . ولكن نظراً لأهمية هذا القطاع من الشعب اقتصاديًّا ، وسياسيًّا ، فيجب أن تعطى له عناية خاصة ، ويجب أن تتعاون الصحة المهنية والوقائية منذ البداية مع الخدمات الصحية ، وأن تدخل فى إطارها .

وتهتم أغلب مراجع الطب الصناعى المهنى بالخبرات المأخوذة عن الخدمات الصحية فى المشروعات الصناعية الكبيرة للبلاد المتقدمة . ولكن ينبغى أن نضع فى اعتبارنا أن هذه الخبرات لا يمكن أن تطبق كما هى فى الدول التى ما زالت تسعى للارتفاع إلى مرتبة البلاد المتقدمة . ويمكن الاستفادة من الخبرة الصحية فى البلاد الصناعية المتقدمة ، ولكن قبل ذلك يجب رسم برنامج لهذه الخدمات يكون مناسباً لبلادنا . ومتمشياً مع ظروفها ، مع مشكلاتها الاجتماعية والصحية ، النابعة عن الانتقال من الحياة الزراعية إلى الحياة الصناعية ، ومع قلة عدد الأطباء ، وبالذات قلة عدد الأطباء المدربين على الصحة الصناعية ، والأمراض المهنية ، والحاجة الملحة إلى إيجاد رعاية صحية .

ويعتبر تقدم الصحة المهنية ، وخاصة الخدمات فى المناطق الصناعية ، من

أهم المشكلات العمالية التى تواجه الدول النامية . وهى إحدى التحديات التى تواجهنا الآن بإلحاح متزايد والتى تتطلب أن نلتفت إليها ونعالجها على أسس مدروسة ، كما تتطلب أن نبدأ على الفور فى الجهد المنظم والشامل لتنظيم هذه الخدمات على نطاق المناطق الصناعية .

الأمراض المهنية

وبرغم الأهمية الاقتصادية والإنسانية لضمان أعلى المستويات الصحية الممكنة للعامل وأسرته ، وبرغم القانون الصادر فى هذا الشأن ، والمبالغ التى خصصت لعلاج الأمراض المهنية من جميع الجهات المعنية سواء التأمين الصحى ، أو المؤسسة العلاجية ، أو وزارة العمل أو وزارة الصحة ، فإن أغلب الجهود التى بذلت حتى الآن تتعلق أساساً ببعض الدراسات الحقلية القائمة على جهود الأفراد، أو بعض الهيئات ، وهى جهود متفرقة ، وضئيلة لا يمكن أن تأتى بثمار حقيقية إزاء حجم المشكلة، والذى يفرض إدخالها فى التخطيط الصحى العام للدولة . ويصاحب التصنيع الهجرة من الريف إلى المدن وما يترتب على ذلك من مشاكل عديدة لابد من تداركها فى وقت مبكر .

والواقع أن الاهتمام بهذا الجانب قد أصبح من المشاكل الملحة للسنين القادمة إذا أردنا للتنمية الاقتصادية أن تسير فى سهولة ويسر .

لقد بدأ المعهد العالى للصحة العامة بالإسكندرية بعض برامج التدريب حول الصحة المهنية ، وإن كانت هذه البرامج تتسم بالبعد عن دراسة المشاكل الواقعية المرتبطة بالتصنيع ، حيث إن المعلومات والدراسات المطلوبة فى هذا الشأن غير متوفرة حتى الآن . ومع ذلك زاد عدد المشرفين على الصحة المهنية والأمن الصناعى من ثمانية أطباء ، واثنين من الكيمائيين فى عام ١٩٦٠ إلى واحد وستين طبيباً ، وأربعة وثلاثين مهندساً ، وثلاثة وثلاثين كيمائياً فى عام ١٩٦٧ ، عدا أولئك الذين يعملون فى الصناعة مباشرة . وهناك تفكير فى إنشاء معهد جديد للصحة المهنية والأمن الصناعى بمعونة من الأمم المتحدة .

الإشعاعات الذرية

ومن بين المشاكل التي ظهرت فى السنين الأخيرة إنشاء مؤسسة الطاقة الذرية ، وإقامة مفاعلات نووية ، واستخدام مصادر الإشعاع بشكل متزايد فى الصناعة والزراعة . وجميع أوجه النشاط المتفاوتة هذه يمكن أن تشكل خطراً على صحة السكان ، إن لم تتم مراقبتها بصورة كافية .

وهكذا تتضح أهمية التشريع الذى صدر بهذا الشأن . غير أن المسألة تحتاج إلى عناية أكبر من حيث واجب وزارة الصحة فى تولى الرقابة الكاملة على الآثار الصحية المترتبة على استخدام مصادر الإشعاع . ولذلك لابد من إنشاء قسم للوقاية من الإشعاع فى وزارة الصحة وتطوير التشريع بصورة شاملة ومرنة تراعى فيها مقتضيات الأمن القومى ، على أن تخول الوزارة سلطات كافية للتسجيل والترخيص والتفتيش على مصادر الإشعاع ، ووضع وتنفيذ اللوائح والأنظمة وينبغى إنشاء الأجهزة اللازمة للقيام بالرقابة الكافية ، ثم تسيير هذه الخدمات ، ومسح مصادر الإشعاع ، وإجراء التفتيش عليها وإنشاء خدمات قياس تعرض العاملين للإشعاع .

خطة للطب الصناعى

وإزاء عدم وجود سياسة محددة للصحة الصناعية ، رغم التوسع فى حركة التصنيع ، وارتفاع عدد العاملين فى الصناعة بسرعة فائقة تصل إلى عشرات الألوف كل سنة ، لابد من وضع خطوط عامة تستند إلى الأسس الآتية :

(١) إنشاء وحدات للصحة الصناعية فى جميع المناطق الطبية :

١ — وحدة رئيسية بكل من الإسكندرية والقاهرة وأسوان مزودة بمعمل مركزى للصحة الصناعية للقيام بالأبحاث اللازمة .

٢ — وحدة عادية فى كل من المناطق الصناعية التى توجد فى مدن أخرى هى :

بورسعيد — السويس — طنطا — دمنهور.

٣ — إنشاء نوايات لوحدات بكل من المناطق الطبية الأخرى :

دمياط — الدقهلية — الشرقية

كفر الشيخ — المنوفية — الجيزة

بنى سويف — الفيوم — أسيوط

سوهاج — قنا .

(ب) تدريس الطب الصناعى :

١ — الاهتمام بتدريس الطب الصناعى فى كليات الطب وتخصيص دراسات وشهادات عليا له نظراً لأهمية المشاكل الصحية التى تنشأ وستنشأ مع كل توسع فى التصنيع ، وإرسال عدد كاف من البعثات إلى البلدان المتقدمة للدراسة هناك .

٢ — زيادة التركيز على الطب الصناعى فى المعهد الصحى العالى .

٣ — تدريس مادة الصحة الصناعية بالمدارس الصناعية ، ومراكز التدريب ، وكذلك فى المعاهد الصحية ، ومدارس الممرضات الملحقة بالمستشفيات العامة ، والتى تخدم مناطق صناعية .

(حـ) الأسرة :

بالنسبة للجانب العلاجى يجب الوصول إلى ٣ أسرة فى الألف فى المناطق العمالية .

الباب الخامس

العاملون فى الصحة

الفصل الأول

التدريب والتعليم والأفراد

سياسة التدريب

من بين المسائل الحيوية التى تحتاج إلى اهتمام خاص فى أى خطة صحية هى التدريب ، حيث إنه من البديهى أن نجاح أى خطة مرهون فى الواقع بالناس الذين سينفذونها . وفى هذا المجال فإن وجود عدد كاف من الأشخاص المدربين يصبح أمراً حيوياً .

والعناصر الأساسية فى أى برنامج صحى أحسن الإعداد له هم : الطبيب ، وممرضة الصحة العامة ، ومهندس الصحة العامة ، والمعاون الصحى ، وأخصائى المعمل ، وطبيب الأسنان ، والصيدلى . وحتى يتمكن هؤلاء الأفراد ذوو التدريب العالى من تأدية خدمات صحية فعالة ، لابد من أن يتم تدريب العاملين المساعدين لمعاونتهم فى تقديم الرعاية الطبية لجماهير الشعب .

ويوجد تفاوت واسع فى نسبة عدد الأطباء إلى السكان فى مختلف البلدان ، حيث تتراوح هذه النسبة ما بين ١ : ٤٠٠ أو ١ : ٨٠٠ وبين ١ : ٢٩,٥٠٠ أو حتى ١ : ٩١,٠٠٠ من السكان على نطاق بلدان الشرق الأوسط ؛ غير أنه فى الجمهورية العربية المتحدة حدث تطور كبير من هذه الزاوية نتيجة للتوسع

فى التعليم الطبي ومجانيته ، وفتح كليات جديدة فى عين شمس ، والإسكندرية ، وطنطا ، والمنصورة ، وصلت النسبة إلى الطبيب لكل ٢٣٠٠ من السكان تقريبا ، وهى نسبة عالية للغاية إذا ما قورنت بباقى بلدان الشرق الأوسط ما عدا لبنان .

إن عدد الأطباء على مستوى الجمهورية وصل إلى ١٥,٠٠٠ تقريباً سنة ١٩٦٦ ، ولكن توزيعهم على المحافظات ما زال شديد التفاوت . فبينما يوجد ٤٤ ٪ فى القاهرة ، و ١٣ ٪ فى الإسكندرية ، تتراوح النسبة بين ١ ٪ و ٤ ٪ فى المحافظات الأخرى . وقد زاد عدد الأطباء البشريين فى الوزارة من ٣٧٥٠ سنة ٦١ / ٦٢ إلى ٦٧٥٨ سنة ١٩٦٦ .

وبما أن المدرس المؤهل هو حجر الزاوية بالنسبة للتوسع فى التعليم الطبي وتحسينه ، فإن الزيادة المضطردة فى عدد البعثات وبالذات فى النواحى التى يوجد بها نقص مسألة مهمة للغاية .

كذلك فإن لإنشاء المعاهد العليا للتدريب أهمية مزدوجة لما تتمتع بها من إمكانيات كمراكز تدريب دولية ومحلية ومن الأمثلة على ذلك معهد الصحة العامة بالإسكندرية .

ومن المهم فى المستقبل أن توجه عناية خاصة للاهتمام بالكيف إلى جانب الكم ، وتقييم البرامج الدراسية التى تقدم بصفة دورية ، كما تأكدت الحاجة إلى وجود برنامجين متوازيين فى كل مجال من مجالات التعليم والتدريب ، أحدهما لإعداد عدد معين قليل من المؤهلين تأهيلاً كاملاً ليتولوا المناصب الفنية والإشرافية العليا ، والثانى لإعداد عدد كبير من المساعدين فى مختلف مجالات الرعاية الطبية .

هيئة التمريض

ومن الظواهر الجديرة بالاهتمام فى بلادنا التخلف النسبي فى مستوى وسرعة تعليم وتدريب وتخريج أفراد هيئة التمريض ، إذا ما قورنت بالتعليم الطبي . فإذا

جمعنا عدد الممرضات المؤهلات ، ومساعدات الممرضات فى وزارة الصحة ، نجد أن العاملين فى سنة ١٩٦٦ لم يزد عن ٨٠٠٠ (أى ١ : ٨ أسرة فى وزارة الصحة أو ١ : ٦,٦ أسرة حسب بيان الوزير إلى مجلس الأمة فى مايو ١٩٦٧) بينما عدد الأطباء فى نفس السنة كان ٦٧٥٨ سنة ١٩٦٧ . (أى ١ : ٥ أسرة فى المستشفى).

وفى مستشفيات جامعة القاهرة نجد أن عدد أفراد هيئة التمريض لم يتعد ٢٦٠٤ فى نفس السنة، ولا يوجد لدينا حصر لعدد عضوات هيئة التمريض على نطاق القطر ، ولكن العدد لا يزيد فى أغلب الأحوال عن ١٢,٠٠٠ ، إذا ما أضفنا اللائى يعملن فى الجيش، ومستشفيات المؤسسة العلاجية ، والتأمين الصحى ، والمستشفيات الخاصة أو التابعة لهيئات معينة ، أو المستوصفات والعيادات ، هذا بينما وصل عدد الأطباء إلى ١٥,٠٠٠ . وهكذا تكون النسبة إلى عدد السكان ١ : ٢٥٠٠ فى هيئة التمريض ، إذا أدخلنا المساعدات ، و٠٢٧, فى الألف من السكان على أساس الممرضات فقط ، بينما هى ١ : ٢٣٠٠ تقريباً فى الأطباء البشريين ، أى ٠٤, لكل ألف من السكان . وفى نفس الوقت تكون نسبة هيئة التمريض إلى عدد الأطباء ٦ : ٧ تقريباً. ويختلف الوضع تماماً فى البلدان المتقدمة التى تصل فيها نسب هيئة التمريض إلى ١ : ٤٠٠ وأحياناً ١ : ٢٠٠ من السكان ، وإلى ٨ أو حتى ١٠ ممرضات لكل طبيب .

وتعتبر مشكلة التمريض من المشاكل الهامة ذات الأثر الملموس فى مستوى الخدمة الطبية بالمستشفيات . إن حالة التمريض دون المستوى المنشود بمرحلة كبيرة . ويرجع ذلك إلى قلة عدد الأفراد فى هيئة التمريض . فى المستشفيات العامة بوزارة الصحة تبين أن نسبة عدد الممرضات لأسرة هذه المستشفيات هى ١ : ٨ ، كما أن حوالى ٣ / ٢ من هيئة التمريض مكون من فئات مساعدات الممرضات ، والباقى من الممرضات ، ولا شك أن هذه النسبة تعتبر منخفضة جداً إذا قيست بما يجب أن تكون عليه حتى يتسنى القيام بأعمال التمريض فى المستوى اللائق .

فى المستشفيات الأوربية توجد ممرضة لكل سريرين ، وتصل النسبة فى

بعض البلاد المتقدمة إلى ممرضة لكل سرير . وهذه النسبة ليس معناها أن كل مريض أو اثنين تعنى بهما ممرضة ، وإنما هى تمثل العدد الإجمالى للممرضات ، ومن بينهن ممرضات أقسام العمليات ، والعيادات الخارجية ، والاستقبال ، والعنابر ، اللائى يتناوبن الخدمة كل ٦ ساعات . (ساعات العمل عندنا ٨ — ٩ فى اليوم) كما أن نظام التمريض الحديث يعتمد على تكوين فرق من الممرضات كل منهن متخصصة فى ناحية من نواحى التمريض مثل التغذية ، العلاج الطبيعى ، التمريض العام . . . إلخ ، بحيث يجد المريض نفسه محاطاً بعناية متكاملة .

وقد ورد فى تقرير المكتب الإقليمى للهيئة الصحية العالمية فى شرق البحر الأبيض المتوسط عن سنة ٦٦ / ٦٧ أرقام تختلف بعض الشىء عن التقديرات السابقة :

« أما من الناحية العملية ، فإن الوضع أقل خطورة مما تشير إليه الأرقام المذكورة آنفاً ، إذا قامت كافة بلدان المنطقة بتدريب عدد كبير من الممرضات المساعدات . فإذا أضفنا هؤلاء الممرضات غير المؤهلات إلى المؤهلات تأهيلاً كاملاً فإن معدل الممرضة بالنسبة للسكان والبالغ ١ / ١٠,٧٠٠ فى الجمهورية العربية المتحدة مثلاً ، يصبح ١ / ١٧٠٠ ، ومعدل الممرضة إلى الطبيب يتغير من ٠,٢٥ / ١ إلى ١,٤/٤ » .

ولا ندرى من أين أتت هذه التقديرات التى تبدو لنا مبالغاً فيها بعض الشىء . ولكن على أية حال فلا يمكن أن يكون استخدام المساعدات على نطاق واسع ، أو اعتبار المولدات من ضمن هيئة التمريض هو أفضل الأوضاع . ومع ذلك فيمكن للسكان والأطباء أن ينتفعوا بخدماتهن حيث يكاد لا يوجد فى حالات كثيرة أية ممرضة .

وسوف يمر وقت طويل قبل أن تستطيع البلاد الاستغناء عن المساعدات فى حقل التمريض ، بل وليس من الحكمة محاولة الاستغناء عنهن الآن ، ولكن الواجب الرئيسى لابد أن يكون إذن ، وخلال العشر سنوات القادمة ، التوسع

بأسرع ما يستطاع فى تدريب الممرضات المؤهلات تأهيلاً كاملاً ، وتحسين تدريب مساعدات الممرضات .

وإذا ألقينا نظرة على تطور الوحدات التدريبية والأعداد المدربة خلال السنين الماضية نجد ما يلى :

جدول رقم ٤٦

الوحدات التدريبية	١٩٦٠	١٩٦٥		
مدارس الممرضات	٤	٣١	منها ١٩ عاملة كاملا	
مدارس مساعدات الممرضات	١٣	١٠	بما فيها ٣ فى الجامعات بسبب تحويل بعضها إلى مدارس ممرضات	
مدارس مساعدى المرضين	—	٦		
مدارس مساعدات المولدات	٨	٤٣		
مدارس الزائرات الصحيات	١	٥		
الخريجين	١٩٦٠	١٩٦٥	من ٦٠ — ٦٥	
مدارس الممرضات	٥٢	١٩٦	٤٥٨	
مدارس مساعدى المرضين		١٧٨	٢٤٤	
مدارس مساعدات الممرضات	١٤٥	١٥٩	٨٢٣	
مدارس مساعدات المولدات	—	٧٨٥	١٦٧١	
مدارس الزائرات الصحيات	٩٦	١٦٣	٤٧٣	
	١٩٥٢	٦٠/٦١	٦٥/٦٠	
أفراد هيئة التمريض والتوليد فى الوزارة	٣٨٢٩	٦٥١٥	٨٠٠٠	
	١٩٦٠	١٩٦٥	٦٥/٦٠	٦٨/٦٧
بعثات داخلية	٥	٤١	٦١	١١٥
منح دراسية	—	٤	٤	١٦

وفيما يتعلق بالأعداد الموجودة من مختلف فئات التمريض فقد وصلت فى وزارة الصحة طبقاً لأرقام يناير ١٩٦٧ إلى :

جدول رقم ٤٧

الفئة	العدد	
ممرضة	٦٩٤	
حكيمة	١٠٢٣	
زائرة صحية	١٤١٩	
مولدة	١٧٢	يكون مجموع الفئات المؤهلة تأهيلا كاملا ٣٥٠٥
ممرضة	١٩٧	
مساعدة مولدة	٤٣٣٢	ومجموع الفئات المساعدة ٨٥٥٦
مساعدة ممرضة	٤٠١٣	
مساعد ممرض	٢١١	مع ملاحظة أن المولدات ومساعدات المولدات
	١٢,٠٦١	وعددهن ٤٥٠٠ تقريباً لا يعتبر من فئات
		التمريض بالمعنى الصحيح .

والاحتياجات من الفئات المساعدة ما زالت غير محددة حتى الآن إذ عملت الخطة أولاً على خمس سنوات ، ثم على ٧ سنوات ، ثم على أساس خطة إنجاز لمدة ثلاث سنوات . واضطرت الوزارة لتغيير كل هذا بعد العدوان الأخير . ولكن إذا سارت الأمور على المعدلات الحالية نجد الصورة التالية :

جدول رقم ٤٨

الفئات	العدد الحالى ٦٧/٦٦	المنتظر تخرجهم سنة ١٩٧٠	استكمال النقص فى الخدمات حالياً
الممرضات	٣٥٧٨	٣١٥	١٢١٤
الزائرات الصحيات	١٦٢٩	١٨٢٥	١٥٠٤
مساعدات ممرضات وممرضين	٤٤٣٢	١٨٥٠+٣٣٠ مساعدة مساعد	٣٠٩٦ مساعدة
مساعدات مولدات	٥٤٣٢	٤٠٥٠	١٩٨٤

المصدر : إحصاءات الجهاز المركزى .

ومن هذه الأعداد يجب استبعاد نسبة من سيتخرجن من الخدمة بسبب الوفاة أو الزواج أو المعاش أو الإعارة للأقطار الشقيقة ، كما أن هذا البيان لا يشمل القوات المسلحة ، والأقطار الشقيقة ، والخدمات مستقبلاً فى المصانع والفنادق .

وفى تقرير وزارة الصحة لعام ١٩٦٦ نجد أرقاماً مختلفة عن أرقام الجهاز المركزى ، ويبدو أن التضارب فى كثير من هذه الإحصاءات ناتج من الاختلاف فى التقسيمات والتسميات . وقد ورد فى الصفحة ٥١ من هذا التقرير ما يلى :

المهنة	العدد الفعلى
مولدات	٢١٤٥
مساعدات مولدات	٥٤٢٣
ممرضات	١٤٢٣
مساعدات ممرضات	٤٤٣٢
ممرضات وممرضون بالخبرة	٧٩٢٤
قابلات	٤٢٠٣

* * *

تدريب أعضاء هيئة التمريض

من بين أنواع التدريب التى تلعب دوراً مفيداً هو التدريب أثناء الخدمة والذى يمكن أن يتولاه بعض الأطباء والممرضات ذوى الخبرة ، وهو أسلوب لم يتبع حتى الآن بالقدر الكافى .

وربما كانت أهم مسألة فى تعليم وتدريب هيئة التمريض هى تلك المتعلقة بتعليم التمريض ، حيث إنها تمثل مشكلة رئيسية حتى الآن . ولا يمكن أن يتقدم

مستوى التمريض فى بلادنا إلا إذا تكون العدد الكافى من الخريجات القادرات على تولى مسئولية تعليم الممرضات .

لذلك بدأ الاهتمام منذ سنة ٦٥ بإرسال بعثات لهذا الغرض . أرسل ٩ ممرضات فى بعثات داخلية لدراسة طرق التدريس ، و ٥ إلى ألمانيا الشرقية لنفس الغرض خلال عام ٦٧ / ٦٨ .

ومنذ بضع سنوات أنشئ المعهد العالى للتمريض بجامعة الإسكندرية وهو يتلقى المعونة من الهيئة الصحية العالمية لمدة سبع سنوات فى شكل إحدى عشرة مدرسة تمريض ، ولكن المعهد يواصل مهمته عن طريق هيئة التدريس الوطنية ، والخريجات مدربات تدريباً عالياً وهن يؤهلن لشغل وظائف التدريس والإدارة مما يمكنهن من الوصول إلى مراكز القيادة فى مهنة التمريض . وكلما زاد عدد الخريجات سيكون هناك مزيد من المدرسات ومزيد من المدارس ، وسيرتفع ناتج الممرضات المؤهلات فى اضطراد أكيد ، خصوصاً أنه قد افتتح معهد عال آخر فى القاهرة وبذلك وصل عدد الطالبات إلى ٢٣٧ سنة ٦٧ / ٦٨ .

وفى هذا الصدد يبدو أن هناك عيبين أساسيين فى نظام المعهد العالى للتمريض . أولهما أن المتقدمات للمعهد يتخرجن من المرحلة الثانوية ويلتحقن بالمعهد دون فترة تدريب عملى ، أو ممارسة فى المستشفيات مما يؤدى إلى عجزهن عن القيام بالمهام الإدارية والإشرافية المطلوبة منهن . لذلك اقترح أن تختار للالتحاق بهذا المعهد ، وبمثيله المنشأ فى القاهرة ، الممرضات الممتازات . وبذلك يمكن الجمع بين التدريب العالى والمعلومات النظرية وبين الخبرة العملية . وثانيهما أن الوسط الذى يأتين منه يختلف كثيراً عن وسط العاملات فى مجال التمريض مما يؤدى إلى صعوبة التعامل بينهن . ولذلك من الأفضل أن تختار العناصر التى تلتحق بالمعهد من بين صفوف الممرضات العاملات فى المستشفيات ، وقد بدأت المستشفيات الجامعية للقصر العينى فى تطبيق هذا النظام على نطاق ضيق ، والمطلوب هو التوسع فيه .

وبالإضافة إلى هذين المعهدين العاليين للتمريض افتتح مركز للتدريب على تدريس التمريض (أى لتخريج مدرسات التمريض) فى مستشفى أحمد ماهر .

وإذا أخذنا سنة ٦٧ / ٦٨ كمثل نجد أن عدد البعثات الداخلية للممرضات وصل إلى ١١٥ فى وزارة الصحة وهى موزعة كالآتى :

دبلوم توليد ٦٠
تدليك ٢٠
صحة عامة ١٠
صحة نفسية ٩
جراحة قلب ٧
طرق تدريس ٩

كما استفادت الحكومة من الاتفاقية المعقودة مع جمهورية ألمانيا الديموقراطية لإرسال ٥ ممرضات للتدريب فى طرق التدريس ، وكذلك ١١ ممرضة أخرى فى مختلف الفروع .

ويجرى تدريب مساعدات الممرضات من مختلف الفئات فى أعداد أكبر من عدد الممرضات كاملات التدريب . والمشكلة حالياً هى فى الكيف أكثر من الكم ، بمعنى أنه ينبغى تحسين مستوى تدريب مساعدات الممرضات . كما ينبغى فتح الفرص أمام مساعدات التمريض للالتحاق بالدراسات التكميلية والترقية إلى مستوى الممرضات وحتى إلى مستوى الوظائف الإشرافية ، ويلاحظ حتى الآن أنهن محرومات تماماً من كل فرص التدريب والتعليم التكميلى ، وإن كانت مستشفيات القصر العينى قد أدخلت هذا النظام منذ سنة ١٩٦٨ وطبقته على عدد قليل من المساعدات .

وفى هذا المجال هناك عدة مسائل لابد من الالتفات إليها ومعالجتها . أولها عدم وجود تنسيق بين الوزارة والجامعة فى البعثات والتدريب الخاص بأعضاء هيئة التدريب . ثانياً إهمال بعض التخصصات التى أصبح من المهم الالتفات إليها .

إن الاهتمام بتكوين عدد متزايد من العناصر المؤهلة فى مختلف الفروع هو السبيل إلى رفع مستوى التمريض عموماً . ومن الأمثلة على التخصصات المهمة حتى الآن ، التغذية ، التأهيل المهنى ، الطب الصناعى ، والأمراض المهنية (وهى تخصصات مهمة فى مرحلة التصنيع) ، إدارة المستشفيات والإشراف إلخ . ثالثاً الحوافز المقدمة لمهنة التمريض ضئيلة سواء من الناحية المادية ، أو من حيث المستقبل العلمى . ولذلك نجد أن مدارس التمريض ، وقد وصل عددها إلى ١٩ مدرسة الآن على نطاق القطر لا تعمل بأكثر من ٥٠ ٪ من طاقتها الفعلية . . . وأحياناً بنسبة أقل . فمثلاً كان عدد الممرضات اللائى التحقن بمدارس وزارة الصحة فى أول عام ٦٧ / ٦٨، ٣٤٧ تلميذة فى مدارس التمريض، ٣٠٢ فى مدارس المساعدات . بينما طاقة المدارس ستصل فى آخر هذه السنة إلى ٢٨٥٠ للممرضات ، و ٨٤٧ للمساعدات ، و ١٠٥٠ لمساعدات المولدات . كما يوجد اثنتا عشرة مدرسة لم تعمل حتى الآن .

بيان بعدد مدارس الممرضات التابعة للوزارة والمؤسسات والجامعات وقوتها
وعدد الطالبات الموجود بها حالياً

عدد مدارس الممرضات جميعها	القوة	الموجود حالياً
٣١	٤٤٥٥	٣١٧٠

عدد مدارس ممرضات الوزارة فقط	القوة	الموجود حالياً
١٧	٢٥٥٠	٢٠٠٥

لم تستوعب قوتها لأن منها ١٢ مدرسة حديثة أنشئت فى العام الماضى والحالى .

عدد مدارس ممرضات المؤسسات	القوة	الموجود حالياً
٨	٤٥٥	٥٩٨

عدد مدارس ممرضات الجامعات	القوة	الموجود حالياً
٦	١٤٥٠	٦٥٧

وقد ترتب على ذلك انخفاض عدد أعضاء هيئة التمريض بكل فئاتها والذى لم يتعد حتى الآن ١٢,٠٠٠ كما رأينا .

الفنيون والمساعدون الفنيون

إن هذه الفئات ، شأنها شأن هيئة التمريض ، تلعب دوراً هاماً للغاية فى تسيير الخدمات الطبية . فهم الذين يقومون بالدور الأساسى فى عمل أغلب تحليلات المعامل وصور الأشعات . وهكذا فإن جزءاً كبيراً وهاماً من العمل العلاجى والوقائى يتوقف عليهم . ومن ناحية أخرى يتحمل مساعدو المعمل ، والملاحظون الصحيون عبئاً مهماً فى أعمال الوحدات الريفية ، والمجمعة ، والمجموعات الصحية .

وعند الرجوع إلى إحصائيات وزارة الصحة فى يناير ١٩٦٧ نجد أن فئاتهم موزعة كالآتى :

الفئة	العدد
معاون صحى	١٠٥٠
فنى أشعة	١٨٣
فنى معمل	٢٤٠
فنى صيدلى	٥١
مساعد إدارى	٤٤
مساعد أخصائى اجتماعى	٦٠
مساعد صيدلى	٤٨
مساعد معمل	٢٦٨٢
مساعد أشعة	١٨٣
ملاحظ صحى	٢٢٠٠
مشرفة	٣١

الفئــة	العــدد
مساعد أخصائية تدبير	١٣
مدرب مهني	١٣
مبخر	٢٥٧

وإذا دققنا النظر فى هذه الأرقام سنجد أنها دون العدد المطلوب بكثير . فمعاون الصحة مثلاً يلعب دوراً مهماً للغاية فى صحة البيئة . والعدد الموجود يصل إلى ١٠٥٠ بينما المعدل السليم هو ١ : ١٥,٠٠٠ من السكان . وفنيو المعمل لهم أهمية خاصة فى بلد ترتفع فيها نسبة الأمراض المتوطنة ، والدرن ، وخلافه وفى مرحلة أصبح فيها البحث العلمى فى المعامل ، وفى الحقل ، مسألة مهمة للغاية . وإذا تعرضنا للوضع فى كليات الطب نجد أن عدد فنى المعمل قليل للغاية ، برغم أن أعدادهم لا يحتاج إلى جهود طويلة ، أو صعبة ، أو مكلفة مالياً .

وإذا انتقلنا إلى مسألة التدريب يمكننا أن نلاحظ تطوراً ملموساً رغم أنه ما زال حتى الآن دون الاحتياجات الفعلية . فقد زاد عدد الوحدات التدريبية من واحد إلى أربعة فى الفترة بين سنتى ٦٠ / ٦٥ . وتخرج من هذه الوحدات عدد متزايد من الفئات المساعدة .

	١٩٦٠	١٩٦٥	٦٠/٦٥	٦٧/٦٨
تدريب الفئات الفنية المتوسطة		٨٤	١٣٧٢	٨٢٢٩

ولكن فرص الاستمرار فى التعليم مقفلة أمام هذه الفئات ، وإن كانت قد فتحت ثغرة صغيرة فى السنة الأخيرة ٦٧ / ٦٨ بالذات حيث أرسلت بعثات إلى ألمانيا الديموقراطية طبقاً لاتفاقية التبادل الثقافى المعقودة مع الجمهورية العربية المتحدة . وهذه البعثات عبارة عن بعثة مراقبة أغذية لخمسة أشخاص ، وأخرى لأربعة من فنيي المعمل من العاملين فى المعامل . وهو اتجاه يتمشى مع ما قامت به المستشفيات الجامعية لكلية طب القاهرة من فتح باب الدراسة أمام عدد من مساعدات الممرضات ، والتحاقهن كطالبات بمدرسة التمريض ، وإن كان

العدد الذى بدئ فيه لم يتعد سبعاً من المساعدات . كما أن عدداً من الحكيمات المتفوقات فتحت أمامهن فرصة التعليم العالى فى معهد التمريض الذى أنشئ فى القاهرة .

وكل هذه خطوات فى طريق التقدم ولكنها ما زالت قليلة وبطيئة مما يجعل البحث عن مخرج شامل للاستمرار فى الدراسة والتحصيل العلمى قضية ملحة ومطروحة إذا أردنا ، لا أن نرفع مستوى التمريض فحسب ، بل أن نشجع عدداً متزايداً من البنات على الانضمام إلى صفوف هذه المهنة . وما ينطبق على مهنة التمريض ، يجب أن يقال أيضاً بقوة وإلحاح عن باقى الفئات المساعدة ، مما يجعلنا نرى أن هذه المسألة قضية واحدة تحتاج إلى حلول حاسمة وعاجلة .

والخطوط العامة لأى تطوير فى مهنة التمريض والفئات المساعدة عموماً تتلخص فى :

١ — فتح باب الحوافز العلمية على نطاق واسع أمام أفراد هيئة التمريض بحيث يتيسر للمبرزات من مساعدات الممرضات الالتحاق بمدرسة التمريض ، والحكيمات بالمعهد العالى للتمريض .

٢ — لابد من الاستفادة الكاملة من الطالبات فى مدرسة التمريض فى الخدمات الصحية .

٣ — ضرورة تحسين المستوى المادى لأفراد هيئة التمريض والمساعدين الفنيين .

٤ — لابد من خطة عاجلة لسد النقص فى فئة المساعدين الفنيين بإنشاء مدرسة لتخريج العدد الكافى منهم ، مع فتح باب الالتحاق للمبرزين منهم بالمعهد العالى للتكنولوجية الذى يجب أن يفتتح فى أقرب فرصة ممكنة .

٥ — لابد من خطة آجلة لإيجاد طبقة من الفنيين المدربين ، ذوى التأهيل العالى ، فى فروع التكنولوجية المختلفة ، مع فتح باب الالتحاق بالجامعة للمبرزين منهم فى فروع تتصل بمؤهلاتهم . ووجود هؤلاء الفنيين المدربين مسألة أساسية فى تطوير البحث العملى .

وبشكل عام نظراً للتطور العلمي والتكنولوجي السريع في البلاد المتقدمة ينبغي تعليم وتدريب طلائع من الفئات المساعدة المختلفة سواء كانوا من المساعدين الفنيين أو من أعضاء هيئة التمريض ، تكون لهم دراية بأحدث الوسائل العلمية والفنية في الخدمات الصحية ويعملون في مستشفيات ومعاهد وعيادات شاملة نموذجية ، حتى نضمن مسايرة نسبة من العاملين للتقدم الهائل الذى تحرزه البلاد التى سبقتنا فى هذا المضمار .

إدارة التدريب

أنشئت الإدارة العامة للتدريب وفقاً للقرار الجمهورى رقم ١١٩٩ الصادر فى عام ١٩٥٩ بشأن تنظيم وزارة الصحة ، والذى نص فى مادته الأولى على إقامة هذه الإدارة . وكان الهدف من إنشائها ، إيجاد جهاز متخصص يعمل على رفع كفاية العاملين فى مجال الصحة ، بالإشراف على إعداد الفئات الفنية المختلفة التى تخرجها المعاهد والمدارس التابعة للوزارة ، وتنظيم البرامج التدريبية للعاملين ، وإيفاد البعثات الداخلية والخارجية ، وعمل الأفلام العلمية والتدريبية ، وتأليف الكتب الخاصة بمواد الدراسة ، أو توفير الكتب والمراجع العلمية الحديثة ، ودعوة الخبراء الأجانب للاستفادة من خبراتهم .

والواقع أن هذه الإدارة من أهم الأجهزة فى الوزارة بما يمكن أن يكون لها من أثر فى إعداد العاملين للقيام بمسئولياتهم فى ميدان الصحة . ولكنها حتى الآن لم تقم إلا بجزء قليل من مسئولياتها ، ولم تضع خطة شاملة للتدريب ، مبنية على دراسة الأفراد الموجودين فعلاً ، واحتياجات المستقبل ، حتى وإن لم تتمكن من تنفيذ كل الاتجاهات التى قد تشملها مثل هذه الخطة . وربما أدى الإحساس بضرورة رفع مستوى الخدمات الصحية إلى مزيد من الاهتمام بهذه الإدارة من قبل المسئولين ، وإلى مزيد من الجهود من قبل الإدارة نفسها لتحديد سياسة واضحة وشاملة فى ميدان التدريب .

الفصل الثانى

التعليم الطبى

فائض أم عجز فى قطاع الأطباء

التعليم الطبى

ترتب على التوسع فى التعليم الطبي أن تضاعف عدد الأطباء فى فترة وجيزة من الزمن . فقد كان عدد الخريجين ٤٤٥ فى سنة ١٩٥٢ ، ارتفع إلى ١٠٢٤ فى عام ١٩٦٦؛ أى أن عدد الخريجين السنوى قد تضاعف أكثر من المثلين خلال خمسة عشر عاماً فقط ، ومن المتوقع أن يصل عدد الخريجين فى عام ١٩٧٠ إلى ١٦٩٢ طبيباً . وذلك نتيجة ظهور الدفعات الجديدة من الخريجين فى كليات طب طنطا والمنصورة والأزهر .

إن مجموع الخريجين فى هذا المجتمع قد بلغ ١٥٢٥٣ طبيباً خلال الفترتين المذكورتين ، تخرج منهم فى الفترة الأولى ٣٧٩٣ فرداً بنسبة ٢٤,٨٧ ٪ من الإجمالى بينما تخرج فى الفترة الثانية ١١٤٦٠ بنسبة ٧٥,١٣ ٪ من الإجمالى . إن جامعة القاهرة وحدها أسهمت بالنصيب الأكبر فى إعداد هؤلاء الأطباء بنسبة ٥٨,٥٢ ٪ من إجمالى الخريجين ، حيث تعتبر من أقدم كليات الطب فى البلاد . أما جامعة عين شمس ، فبالرغم من حداثتها النسبية ، فقد أسهمت بنسبة كبيرة من الأطباء تبلغ ٢٣,٨٢ ٪ وقد يرجع ذلك إلى وجودها فى عاصمة البلاد . أما جامعة الإسكندرية فقد جاء ترتيبها الثالث فى هذا المضمار حيث خرجت ١٦,٩٦ ٪ من إجمالى الخريجين . أما جامعة أسيوط فإنها شاركت حتى الآن بدفعتين من الخريجين وتقدر نسبتهما بحوالى ٠,٧ ٪ من إجمالى الخريجين .

ويبين الجدول (رقم ٤٩) تطور عدد السكان بالنسبة إلى كل طبيب .

جدول رقم ٤٩

السنة	ما يخص الطبيب الواحد من السكان
١٩٥٢	٥٠٠٠
١٩٦٠	٢٧٠٠
١٩٦٣	٢٥٠٠
١٩٦٦	٢١٩٠
١٩٧٠ متوقع	١٩٨٠

ويشير الجدول السابق إلى أن معدل عدد السكان بالنسبة إلى كل طبيب فى تحسن مستمر ، فقد تضاعف أحد عشر عاماً من ٥٠٠٠ نسمة لكل طبيب فى عام ١٩٥٢ فأصبح ٢٥٠٠ نسمة لكل طبيب فى عام ١٩٦٣ . واستمر فى التحسن بسرعة كبيرة حتى أصبح ما يخص الطبيب الواحد من السكان حوالى ٢١٩٠ فى سنة ١٩٦٦ .

ولما كان المتوقع أن يبلغ عدد الأطباء حوالى ١٩٠٠٠ طبيب فى عام ١٩٧٠ ، فإن معدل ما يخص الطبيب الواحد من السكان سيكون ١٦٨٠ نسمة تقريباً . ومعنى ذلك أن مجتمع الأطباء قد أصبح يتزايد بسرعة كبيرة تفوق فى معدلها سرعة تزايد السكان .

على أن الحجم الحالى لمجتمع الأطباء ما زال بعيداً عن الحجم المستهدف له . وإذا علمنا أن معدل عدد السكان بالنسبة إلى كل طبيب بشرى فى بعض الدول الأخرى فى ١٩٦٥ كان ٥٠٠ : ١ فى كل من الاتحاد السوفيتى وتشيكوسلوفاكيا و ٨٠٠ : ١ فى كل من إنجلترا وفرنسا و ٩٠٠ : ١ فى كل من السويد واليابان ؛ لاتضح لنا ضرورة مواصلة السياسة الحالية لمضاعفة عدد الأطباء ليصل إلى الحجم المناسب ويصبح ما يخص كل طبيب هو ألف من السكان . وهذا المعدل

هو الحد الأدنى المعقول لذلك ، إذ أننا بسبيل تعميم نظام التأمين الصحى والعلاجى وتحقيق اشتراكية الخدمة الطبية . ولإمكان الوصول إلى المعدل المستهدف (وهو ١٠٠٠ من السكان لكل طبيب) فى عام ١٩٨٠ لابد أن يصبح عدد الأطباء حوالى ٤٥٧٠٠ طبيب فى ذلك التاريخ (لأن عدد السكان المتوقع هو ٤٥,٧ مليون نسمة فى العام نفسه) ومعنى ذلك أن يرتفع متوسط أعداد الخريجين ليصبح فى حدود ٢٥٠٠ طبيب سنوياً .

موقف الطبيبات

يرجع إسهام المرأة فى مهنة الطب إلى عهد قريب نسبياً حين تخرجت أول دفعة فى جامعة القاهرة عام ١٩٣٥ . إلا أن دورها فى هذا الميدان قد تعاظم بصورة كبيرة فى الفترة الأخيرة . والملاحظ أنه فى الدول المتقدمة مثل الاتحاد السوفيتى يزيد عدد الإناث على عدد الذكور بين الأطباء نظراً إلى ملاءمة مهنة الطب لطبيعة المرأة .

إن كليات الطب قد بلغ عدد الطالبات فيها ١٩٢٦ طالبة حتى يونية ١٩٦٧ وهذا يعادل ١٢,٦٣ ٪ من إجمالى المجتمع . ويلاحظ أن عدد الخريجات فى الفترة من سنة ١٩٥١ يمثل حوالى ٩,٢٩ ٪ من مجموع عدد الخريجات ، بينما بلغت نسبة خريجات الفترة الأخيرة ٩٠,٩١ ٪ من مجموع الخريجات . وبمعنى آخر فإنه قد تحققت فى الفترة الأخيرة طفرة كبيرة فى عدد الخريجات ، إذ تخرج فيها ما يقرب من عشرة أمثال عددهن فى الفترة الأولى .

أين يعمل الأطباء ؟

يوضح الجدول رقم (٥٠) نسبة ما يخص كل محافظة من الأطباء مقارنة بنسبة توزيع السكان على كل منها عام ١٩٦٦ .

جدول رقم ٥٠

توزيع الأطباء على مقر العمل بالمحافظات
وعدد السكان بالنسبة إلى كل طبيب

مقر العمل	النسبة المئوية لتوزيع السكان على المحافظات	النسبة المئوية لتوزيع الأطباء على المحافظات	عدد السكان بالنسبة إلى كل طبيب
محافظة القاهرة	١٤,٠٢	٣٣,٧٢	٩١٠
محافظة الإسكندرية	٥,٩٨	١٠,٩٦	١٢٠٠
محافظات الوجه البحرى	٤٤,٤٨	٢٨,٥٠	٣٤٢٠
محافظات الوجه القبلى	٣٤,٣٥	٢٥,١٦	٢٩٩٠
محافظات الصحراء	١,١٧	١,٢٩	١٩٩٠
بالخارج	—	٠,٣٧	—
المجموع	١٠٠,٠٠	١٠٠,٠٠	—

من الجدول يتبين أن محافظة القاهرة تضم حوالى ١٤ ٪ فقط من السكان فيها ٣٣,٧٢ ٪ من مجموع الأطباء . وبذلك يكون معدل ما يخص كل طبيب حوالى ٩١٠ نسمة . وكذلك نجد أن الإسكندرية وهى تضم ٥,٩٨ ٪ من السكان فيها حوالى ١٠,٩٦ ٪ من مجموع الأطباء فى البلاد ؛ أى أن معدل ما يخص كل طبيب فيها هو ١٢٠٠ من السكان . على حين نجد أن محافظات الوجه البحرى وفيها ٤٤,٤٨ ، من السكان لا يعمل فيها سوى ٢٨,٥٠ ٪ فقط من الأطباء ، أو بمعنى آخر يوجد فيها طبيب لكل ٣٤٢٠ من السكان ،

كما أن محافظات الوجه القبلى التى يقطنها ٣٤,٣٥ ٪ من السكان لا يعمل فيها سوى ٢٥,١٦ ٪ من الأطباء ، أى أنه يوجد فيها طبيب واحد لكل ٢٩٩٠ من السكان ، أما سكان المحافظات الصحراوية وهم يمثلون ١,١٧ ٪ من السكان فيضم ١,٢٩ ٪ من الأطباء أى حوالى طبيب واحد لكل ١٩٩٠ من السكان وهى نسبة أفضل كثيراً من مثيلاتها بمحافظات الأقاليم . ويجب أن نشير إلى أن الريف المصرى وتقطنه الغالبية العظمى من السكان وترتفع فيه نسبة المرض وخاصة الأمراض المتوطنة بصورة ملحوظة ، ما زال فى حاجة إلى زيادة عدد الأطباء العاملين فيه لتدعيم الرعاية الصحية . وقد استلزم ذلك إصدار قانون لتكليف الأطباء . وبموجبه أمكن تكليف الأطباء الجدد الذين يعينون فى الحكومة بالعمل لمدة سنتين على الأقل بالمناطق الريفية قبل أن يكون لهم الحق فى العمل بالمدن .

توزيع الأطباء وفقاً لجهات العمل

يبين الجدول رقم (٥١) النسبة المئوية بتوزيع الأطباء على القطاعات الرئيسية لجهات العمل .

جدول رقم (٥١)

مسلسل	القطاعات الرئيسية	النسبة ٪
١	الوزارات والدواوين العامة	٦,٢٩
٢	المحافظات	٥٩,٧٣
٣	الهيئات العامة	١٧,٢٨
٤	المؤسسات العامة	٤,٢٥
٥	يعمل لدى الغير	٥,٠٧
٦	يعمل لحسابه	٦,٠١
٧	بالمعاش	١,٣٧
المجمــوع		١٠٠,٠٠

إذا رتبنا القطاعات الرئيسية لجهات العمل المختلفة الواردة بالجدول ترتيباً تنازلياً حسب نسبة العاملين فيها من الأطباء ، لوجدنا أن المحافظات تفوز بالمرتبة الأولى (٥٩,٧٣ ٪) وهذا يرجع بالطبع إلى اتباع نظام الإدارة المحلية وتأتى الهيئات العامة فى المرتبة الثانية (١٧,٢٨ ٪) تليها الوزارات « الدواوين العامة فقط » (٦,٢٩ ٪) ويلى ذلك من يعمل لحسابه (٦,٠١ ٪) ثم من يعمل لدى الغير بالقطاع الخاص (٥,٠٧ ٪) وتأتى المؤسسات العامة فى المرتبة السادسة وفيها ٤,٢٥ ٪ ، على حين كان المتوقع أن يكون نصيبها من الأطباء أكبر كثيراً من ذلك ، إذ أنها تخدم أعداداً ضخمة من العاملين . وعلى ذلك فإن من يعملون فى الحكومة وفروع القطاع العام يبلغون ٨٧,٥٥ ٪ من أطباء الجمهورية ، كما تبين أن وزارة الصحة وحدها تستحوذ على ٦٨,٦ ٪ من الأطباء وهى مجالهم الطبيعى .

الدراسات العليا

أولا : دبلومات التخصص

إن دبلومات التخصص قد بدأ التخرج فيها منذ عام ١٩٣٥ ، وبلغ عددها ٦٠٩٠ دبلوماً حتى يونية سنة ١٩٦٧ فى عشرين فرعاً من فروع التخصص المختلفة ، ويلاحظ زيادة عدد هذه الدبلومات زيادة كبيرة فى الفترة الأخيرة ، إذ بلغت نسبتها ٨٧,٥٤ ٪ من الإجمالى ، بينما لم تزد نسبتها على ١٢,٤٦ ٪ فى الفترة الأولى . وهذا يعنى أن عدد الدبلومات فى الفترة الأخيرة بلغ سبعة أمثال عددها فى الفترة الأولى . كما تتميز الأخيرة أيضاً بظهور تخصصات جديدة ، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والطب الشرعى والأشعة والطب الطبيعى ، كما أنشئ تخصص طب الصناعات (الصحة المهنية) لمسايرة التقدم الكبير فى مجال الصناعة ، ويلاقى هذا التخصص إقبال الدارسين عليه نظراً إلى أهميته .

ويأتى التخصص فى الجراحة العامة فى المقدمة يليه الأمراض الباطنية ثم

أمراض النساء والولادة فطب الأطفال . أما التخصصات التي يقل الإقبال عليها ؛ فمنها تخصص الصحة العامة ، ولكن المعهد العالى للصحة بالإسكندرية قد أسهم كثيراً فى سد النقص فى هذا التخصص . وأما أقل التخصصات إقبالاً فهو الطب الطبيعى .

ثانياً : الدكتوراه

وبدارسة أعداد الحاصلين على الدكتوراه منذ سنة ١٩٣١ إلى يونيو ١٩٦٧ حسب تخصصاتهم يتبين أن جامعة القاهرة هى أول جامعة أسهمت فى هذا المجال . وأن إجمالى الذين حصلوا على درجة الدكتوراة فى مختلف فروع الطب بلغ ٣٨٩ فرداً حتى يونية ١٩٦٧ . ويلاحظ أن ٧٤,٠٤ ٪ منهم حصل على درجته العلمية فى الفترة الأخيرة وهم يعادلون ما يقرب من ثلاثة أمثال الذين حصلوا على درجة الدكتوراه فى الفترة الأولى ونسبتهم ٢٥,٩٦ ٪ من الإجمالى . وبالإضافة إلى التزايد العددى ، نلاحظ أيضاً تزايداً كبيراً فى عدد التخصصات ، وقد تضاعفت هى الأخرى من سبعة تخصصات فى الفترة الأولى إلى أربعة عشر تخصصاً فى الفترة الأخيرة . إن مجموع الحاصلين على درجة الماجستير فى فروع الجراحة بلغ ٢٩١ فرداً ، حصل منهم حوالى ٢٢ ٪ على درجاتهم العلمية فى الفترة الأولى . وحوالى ٧٨٪ فى الفترة الأخيرة . ونلاحظ أن أكبر نسبة من الحاصلين على هذه الدرجة كان فى تخصص الجراحة العامة (٣٧,٤٦٪) يليها تخصص أمراض النساء والولادة (١٩,٩٣ ٪) ثم الأنف والأذن والحنجرة (١٢,٣٧ ٪) فطب وجراحة العيون (١٢,٠٣ ٪) ثم جراحة المسالك البولية (١١,٣٤ ٪) وأخيراً جراحة العظام (٦,٨٧ ٪) .

وقد أسهمت جامعة القاهرة بالنصيب الأكبر فى منح هذه الدرجات (٧١,٤٨ ٪) تليها جامعة الإسكندرية (٢١,٦٥ ٪) ثم جامعة عين شمس (٦,٨٧ ٪) وهذا أيضاً يتمشى مع التسلسل التاريخى لإنشاء هذه الجامعات.

* * *

المدخل الرئيسى

إن المدخل الرئيسى إلى تطوير سياسة التعليم فى بلادنا هو وضع العلم فى خدمة المجتمع . وهذا يعنى إخضاع التعليم لمطالب المجتمع ، وخدمة أهدافه ، وتلبية احتياجاته وحل مشاكله ، بحيث لا يكون بمعزل عن هذه المطالب والاحتياجات ، الأمر الذى يستوجب توجيه الأفراد نحو أنواع التعليم التى تخدم أهداف المجتمع ، وتساهم فى تطويره وتقدمه .

ومن الواضح فى الوقت الحاضر ، أنه يوجد فائض كبير فى خريجى المدارس الثانوية العامة ، مع وجود نقص شديد فى عدد العمال الفنيين اللازمين لتنفيذ مشروعات خطة التنمية . وهى ظاهرة تمتد إلى مجال الطب حيث يشكل النقص فى الهيئات المساعدة الفنية ، (معاونو صحة ، فنيو معامل ، فنيو أشعة ، أعضاء هيئة التمريض) ، وضعف مستواهم المشاكل الرئيسية التى تواجهها الخدمات االصحية ، الأمر الذى يترتب عليه اختناقات فى تنفيذ المشروعات ورفع مستواها .

إن هذا الوضع غير الملائم يستدعى أن ننظر إلى تطوير سياسة التعليم الجامعى على أساس الترابط المتين بين التعليم العام والتعليم الجامعى ، كما يستدعى سياسة سليمة فى تكوين التخصصات المختلفة بحيث تكون فى خدمة خطة الإنتاج والخدمات .

ومن المشاكل الأساسية التى يواجهها التعليم الجامعى فى الوقت الحاضر انخفاض مستواه . وتمتد هذه المشكلة على نطاق دول كثيرة من دول العالم . ويرجع ذلك أساساً إلى التوسع الكبير فى حجم التعليم الجامعى فى هذه الدول لاعتبارات قومية ، واقتصادية واجتماعية ، فى حين أن الموارد المتاحة لا تكفل المواجهة السليمة لهذا التوسع ، وربما كان من أهم ما يحتاج إليه هذا التعليم من

أجل تحقيق مستوى ممتاز هو هيئات التدريس ، والتجهيزات ، وعدم الاستمرار فى طرق التدريس التقليدية التى تعتمد على المحاضرات ، واستظهار المعلومات لاسترجاعها عند الامتحان .

لهذا كان من الضرورى أن تلحظ أى سياسة للنهوض بالتعليم الجامعى ضرورة الاهتمام بالمستوى ، نظراً لأن الحاجة إلى ذوى الكفاية العالية من الأخصائيين ، والفنيين ، والباحثين ، أصبح يتساوى فى الأهمية مع توفير الأعداد الكبيرة المطلوبة إن لم يفقها ومثل هذا النوع من الإصلاح التعليمى سوف يكون أكثر فعالية من مجرد التوسع الكمى فى التعليم الجامعى ، وهو يثير التساؤل عن ضرورة تحديد الأعداد المقبولة فى بعض الكليات ، بشرط ربط ذلك مع خطة التوسع فى التعليم الثانوى العام ومختلف أشكال التعليم الفنى .

إن أفدح خطأ قد يقع فيه بلد من البلاد هو سلوك أسهل السبل . أى التوسع فى جميع الكليات ، فمثل هذا التوسع قد يبدو جذاباً ، ولكنه ضار بالغ الضرر بتنمية الموارد البشرية .

وفى هذا الوضع ينبغى أن نتذكر أننا فى عصر الذرة ، والفضاء ، واكتشاف أسرار الخلية الحية ، والوصول إلى أعماق العمليات الكيماوية الحيوية فى الجسم ، واستخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة وقد تعتبر درجة البكالوريوس فى العلوم والرياضة ، والطب ، أو الهندسة ، مؤهلات لالتحاق الشباب بأعمال مفيدة ، ولكنها فى الغالب لن تساعدهم كثيراً فى الإسهام فى النشاط الذى يتطلب مستويات عالية من التخصص فى العلوم الحديثة والتكنولوجية ، والتى تتعرض لتغييرات واسعة وسريعة .

ولهذا فإن تهيئة الدراسات العليا الجامعية تعتبر مسألة ملحة وضرورية فى بلادنا ، وربما أكثر من توفير التعليم الجامعى العادى لعدد كبير من الطلاب .

العلاقة بين التعليم الطبي والمجتمع

ينبغي عند التعرض إلى مشكلة التعليم الطبي فى بلادنا ، ألا نغفل إحدى الجوانب الهامة للغاية وهى العلاقة بين التعليم الطبي وبين ظروف المجتمع الذى نعيش فى ظله الآن . إنه مجتمع ينتقل من الرأسمالية إلى الاشتراكية . وهذا الانتقال يتم فى بلد نام يغلب فيه إلى الآن الطابع الزراعى ، ويعيش أغلبية سكانه فى الريف . ولكنه فى نفس الوقت يتعرض لتغييرات جذرية وسريعة تتعلق أساساً بعملية التصنيع الواسعة التى تتم فى كل مكان تقريباً . ولا شك أن مثل هذا المجتمع له أمراضه الخاصة ومشاكله الصحية المتميزة . . فما زال ميداناً خصباً لأمراض الريف المتوطنة . ولكن فى نفس الوقت تنشأ فيه أمراض جديدة ترتبط بحركة التصنيع ، وازدياد حجم المدن ، والهجرة التى تتدفق عليها . وهذه المشاكل الصحية المتميزة لابد أن تؤثر على مناهج التعليم الطبي وأساليبه ، وعلى عدد ونوع الأطباء الذين يتخرجون من الكليات المختلفة . كما أن مثل هذا المجتمع يواجه ظروفاً اجتماعية واقتصادية تؤثر على التعليم عموماً ، وبالتالى على التعليم الطبي .

فما هى إذن الخطوط الرئيسية التى ينبغى أن تحكم أسلوبنا فى تخريج الأطباء .

إن منهج التعليم الطبي يختلف من بلد إلى بلد ، ومن وقت إلى آخر فى نفس البلد . فبلادنا اليوم لها مطالب واحتياجات تختلف عما كانت عليها بالأمس . فلا يمكن مقارنة ظروفنا الآن بما كانت عليه قبل الثورة .

قبل الثورة كان الأساس فى المجتمع هو النظام الإقطاعى الرأسمالى المرتبط بالاستعمار . وكانت مهمة كليات الطب أساساً هى تخريج عدد قليل من الأطباء الذين يمكن تقسيمهم إلى نوعين : نوع مرتبط بالجامعة ويتمتع بقدر كبير من المهارة الفنية ، ويجمع بين التدريس فى الكليات وبين معالجة المرضى الخصوصيين ، ذوى الحالة الميسورة ، فى العيادات الخاصة . والنوع الآخر الذى

لم يسعفه الحظ إلى نفس الدرجة فذهب للعمل فى إدرات ومستشفيات ووحدات وزارة الصحة المختلفة ليقدم بعض الخدمات المجانية المحدودة النطاق ، وذات مستوى منخفض فى أغلب الأحيان ، وليمارس فى نفس الوقت مهنة الطب داخل عيادته الخاصة ، مقدماً خدماته للمرضى نظير أجر .

وقد تمكن أغلبية الأطباء ، سواء أكانوا من النوع الأول أم الثانى ، من جمع ثروات لها وزنها . وهكذا كان ينظر للطب على أنها المهنة التى تربح أكثر من غيرها ، وكان يتنافس الطلبة الذين يتقدمون للجامعة فى دخول كلية الطب ، كما كانت تتسابق العائلات على تزويج بناتها للأطباء .

كان العلاج والدواء ، وكانت الخدمات الصحية التى تستحق هذا الاسم سلعة لا يستطيع شراءها أو الاستفادة منها حقاً ، سوى عدد محدود نسبياً من المواطنين . وكان عمل الأطباء يتركز أساساً على العيادات الخاصة ، والنشاط الحر ، بهدف تحقيق أكبر قدر ممكن من الكسب ، بينما الزاوية الاجتماعية فى الخدمة المقدمة مسألة ثانوية تماماً .

لذلك لم يكن غريباً أن تؤسس نظم كليات الطب على النمط الإنجليزى الذى يتمشى مع هذا الوضع لأنه كان تعبيراً عن سيطرة النفوذ الأجنبى فى مختلف نواحى الحياة بما فيها التعليم . لذلك تسلطت القيم الفردية التى تريد من الطبيب أن يكون رجلاً يتمتع بالمهارة الفنية ، ولايهم بعد ذلك موقفه من المجتمع ، ومدى تكامل شخصيته من النواحى الوطنية والإنسانية والاجتماعية .

وهكذا تركزت مناهج التعليم على الناحية الفنية المحضة دون سواها ، ودون أدنى اهتمام بقدرة الطبيب على التأثير فى الشعب ، أو على تولى الأعمال الإدارية وتنظيم المشاريع الصحية . . . إلخ .

وكان الطلبة فى أغلب الحالات أبناء الأسر الكبيرة الميسورة ، أو أبناء الفئات العليا من الطبقات المتوسطة ، وإن تمكن عدد قليل من أبناء صغار الملاك أو الموظفين ، من التسلل داخل جدران كلية الطب . لقد كانت السلطات

المسئولة عن الكلية حريصة على بقاء ذلك الاحتكار المفروض على مهنة الطب من قبل عدد قليل من الأطباء الكبار وأقاربهم والمرتبطين بهم . كما كانت المصروفات المرتفعة ، وأثمان الكتب الغالية ، حائلاً دون دخول محدودى الدخل .

الأطباء إذن كانوا أرستقراطية فنية تستفيد من وضعها الخاص فى المجتمع ، وتتوارث هذه المهنة عبر الأجيال فى كثير من الحالات ، وترتبط قيمها ، وأفكارها ، والتعليم الذى تتلقاه ، ارتباطاً وثيقاً بالنظريات والأساليب الشائعة فى الأوساط المستغلة . وإذا كان طلبة الطب قد لعبوا دوراً بارزاً فى الحركة الوطنية ، وفى التيارات الأولى للحركة الاشتراكية ، فلم يكن هذا بفضل القائمين على التعليم الطبى ، ولا بفضل النظم والمناهج التى كانت سائدة فى كليات الطب ، ولكن على العكس كان تعبيراً عن الثورة على الأوضاع السائدة ، تلك الثورة التى شارك فيها أيضاً بعض أعضاء هيئة التدريس ، إلى جانب الطلبة ، إما بشكل مباشر ، أو بطريقة مستترة ، والتى كانت موجهة أساساً ضد الاحتلال الأجنبى وكل من يرتبط به .

ولكن بعد ثورة يوليو ١٩٥٢ ، وبالذات بعد قرارات يوليو ١٩٦١ ، أخذت الأسس التى ينبنى عليها المجتمع ، وبالتالى الأسس التى تنبنى عليها الخدمات الطبية تتبدل ، وحدثت تغييرات هامة مرتبطة ببداية التحول الاشتراكى ، تلك التغييرات التى تستند إلى النقاط الآتية :

أولا : الخدمات الصحية تهدف إلى حماية الشعب كله فى المدينة والريف من المرض ، ومن آثاره . إذن فهى ليست سلعة تباع للقادرين وإنما خدمة مقدمة للجميع .

ثانياً : لذلك لا بد من أن تخضع الخدمات الصحية للتنظيمات الاجتماعية المناسبة ولأسلوب التخطيط الشامل . وأن يدخل الأطباء وجميع العاملين فى الخدمات الصحية داخل إطار هذا التخطيط والتنظيم .

ثالثاً : حتى يستطيع الطبيب أن يقوم بدوره خير قيام ، وأن يمارس مهنته

بصفتها مهنة ذات طابع اجتماعي واضح ، وأن يشارك بالفعل فى التخطيط للمشاريع المختلفة ، وإدارتها ، وتوفير الإمكانيات لها ، لا بد أن يتكون التكوين الملائم فى كليات الطب ، ذلك التكوين الذى يتناقض مع المناهج والأساليب التى كانت متبعة من قبل .

وبناء على ذلك كان من الضرورى التفكير فى تطوير التعليم الطبى بحيث يخضع لمستلزمات الأوضاع الجديدة ، وحتى تكون القيم التى تغرسها الكلية فى طالب الطب ، والقدرات التى تنمى فى الطبيب من شأنها أن تؤهله لخدمة المجتمع الجديد ، ولتقديم أجل الخدمات لفئات الشعب الواسعة ، بعد أن حرمت من مقومات الحياة الإنسانية خلال سنين المعاناة الطويلة .

فما هى الأسس التى ينبغى أن تراعى فى تطوير التعليم الطبى ، وما هى الأهداف الرئيسية التى يجب أن تضعها الجامعة نصب عينيها خلال تكوين طالب الطب ؟

هذان هما السؤالان اللذان لابد من الإجابة عليهما بدقة قبل الدخول فى تفاصيل الاتجاهات الجديدة ، والاقتراحات الرئيسية ، التى يمكنها أن تؤدى إلى تطوير ملموس وفعال فى نظم التعليم الطبى المطبقة فى الجمهورية العربية المتحدة .

١ ــ الأساس الأول هو ارتباط الدراسات الطبية بالمجتمع

الأساس الأول هو ارتباط الدراسات الطبية بالمجتمع الذى نعيش فيه والذى يتحول كما قلنا من نظام اجتماعى سابق ، مبنى على الاستغلال الإقطاعى الرأسمالى ، إلى نظام جديد يسعى بالتدريج إلى القضاء على صور الاستغلال المختلفة ، كما أن بلادنا تعتبر من البلاد النامية التى تعانى الكثير من المشاكل الاقتصادية والاجتماعية ، ومن بينها المشاكل الصحية ، وتسعى جاهدة إلى إقامة

حياة جديدة يتمتع فيها جميع المواطنين بالرفاهية المادية والتقدم الثقافى والفكرى .

والطبيب إنسان وثيق الصلة بالمجتمع ، وهو يمارس علاقة بالغة الأثر على فئات الشعب المختلفة ، وعلى الأفراد والعائلات بصفة خاصة . وهو قادر بحكم عمله على أن يلعب دوراً هاماً فى تطوير المجتمع .

وفى ظل مجتمع تصبح فيه القيم الجماعية ، ويصبح فيه الواجب الاجتماعى أمراً لا يمكن التغاضى عنه ، وفى ظل مجتمع تتعدد فيه المشاكل وتتشعب ، لا بد من أن يعد الطبيب للقيام بمسئولياته كاملة ، ولمواجهة المشاكل والأمراض المميزة لهذا المجتمع .

لذلك لم يعد من المستساغ الآن أن يكون كل التركيز على الجوانب الفنية فى التعليم ، وإلا ترتب على ذلك تخريج أطباء ذوى مهارة وكفاءة فنية ، ولكنهم متناقضون مع المجتمع الذى يعيشون فيه ، أو على أقل تقدير غير متفاعلين معه ، مما يسبب لهم متاعب نفسية فى كثير من الأحيان ، ويحول دون شعورهم بالرضى والاستقرار ، كما يؤدى ، وهذا هو الأهم : إلى عجزهم عن القيام بالدور البارز الذى لابد أن يلعبه المثقفون والمهنيون فى البلاد النامية ، حيث لم يتمكن أبناء العمال والفلاحين من التمتع بفرص التعليم والثقافة على نطاق واسع . وهذا يتطلب أن تكمل الناحية الفنية بنواحى أخرى ، تجعل من الطبيب ، المواطن القادر على السير فى مقدمة المعركة لبناء الحياة الجديدة ، والمستعد لتكريس الجهود اللازمة لتوعية الشعب ، وتجنيد كل طاقاته فى الحملة ضد المرض ، وللتعاون مع كافة العاملين فى ميدان التخطيط للخدمات الصحية وتنفيذها .

ويتطلب كل هذا ، الجمع بين القدرات الفنية والاجتماعية ، أى بين الجانب المهنى من ناحية والجوانب الإنسانية والوطنية من الجانب الآخر ، والعمل على تطوير التعليم الطبى بحيث يتلاءم مع هذه المتطلبات .

لذلك يجب أن تدرس لطالب الطب مبادئ علم الاقتصاد والاجتماع ، وأن

تعطى له النظرة الشاملة لمشاكل العالم المعاصر ، ولمعارك بلادنا القومية ، ومبادئ المجتمع الاشتراكى وسماته الأساسية ، والفارق بينه وبين النظام الرأسمالى . وكذلك ينبغى أن يكون ملما بالتغييرات الأساسية التى حدثت من النواحى الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية خلال تطور بلادنا من النظام القديم إلى النظام الجديد . ويجب الاهتمام خاصة بدراسة البيئة الريفية ومشاكلها ، نظراً لأن أغلبية السكان ما زالوا يعيشون فى الريف . وفى نفس الوقت من المهم أن يلم الطبيب ببعض المعلومات الأساسية عن الصناعة والمناطق الصناعية التى أصبحت تحتل مكانة متزايدة الأهمية ، والتى ترتبط بها مسألة هامة للغاية فى الطب الوقائى والعلاجى وهى الأمراض المهنية وبعض أمراض البيئة .

ولا يمكن كذلك أن ننسى الجانب الإنسانى فى الطبيب ، مما يحتم الاهتمام على قدر الإمكان بالعلوم الإنسانية مثل الفلسفة ، والتاريخ ، والآداب ، لأنها تساعد على تكامل شخصية الإنسان من الناحيتين الذهنية والعاطفية ، وتساعد على الوصول إلى أغوار الناس ، والإدراك الكامل للعوامل التى تضطرم فى أعماقهم وتؤثر على نفسيتهم ، وبالتالى أيضاً على حالتهم الجثمانية . وفى هذا المجال يجب أن تحتل دراسة علم النفس المكان اللائق بها .

وأخيراً فإن آداب المهنة مسألة لا يمكن إهمالها فى ظل مجتمع تتغير فيه القيم الاجتماعية ، مما يتطلب أيضاً تغيير القواعد التى تحكم علاقة الطبيب بأعضاء المهنة ، وعلاقته أيضاً بمرضاه ، وصياغة قواعد جديدة ملائمة .

قضايا لها صلة بالطب

إن طبيب اليوم فى أشد الحاجة لأن يكون مدركاً لبعض القضايا الخاصة التى لها صلة بالطب ، مثل المشاكل السكانية ، وتنظيم الأسرة ، وتحديد النسل ، وكل ما يتعلق بمبادئ التخطيط الصحى ، ويضاف إلى ذلك بعض الأعمال الإدارية التى يحتاج إليها الطبيب فى عمله مثل الحسابات ، والمخازن ، والسجلات ،

حيث يتزايد الدور الذى يقوم به الأطباء فى إدارة المستشفيات ومختلف الوحدات العلاجية .

وإن علم الإحصاء يشكل اليوم سلاحاً هاماً فى يد الطبيب الذى يريد أن يفهم الظواهر الصحية فى المجتمع ويدرسها ويتتبعها ويشترك اشتراكاً فعالاً فى حملات استئصال الأمراض المعدية والمتوطنة .

دراسة نابعة من احتياجاتنا

ينبغى أن تكون العلوم التى يتلقاها طالب الطب مرتبطة بنوع الأمراض والمشاكل الصحية التى سيواجهها ، وإلا تكون دراسته أكاديمية محضة مبنية على نماذج منقولة فى كثير من جوانبها عن الجامعات الأجنبية ، وهذا يتطلب على سبيل المثال ، الاهتمام بالجانب الوقائى فى الريف (الأمراض المتوطنة بالذات) والمدينة ، (الأمراض المهنية) وأمراض الأطفال ، وأمراض العيون ، والأمراض المعدية والمتوطنة لانتشارها وخطورتها على البلاد .

والتعليم الطبى لا يتم فى فراغ بل يتم فى مجتمع معين له أمراضه وفى زمن معين .

ومن ناحية الزمن فقد حدثت فى السنين الأخيرة تطورات هامة للغاية فى ميدان العلوم والطب قلبت كثيراً من التطورات القديمة وأساليب العلاج رأساً على عقب . وليس من المفهوم أن تدرس حتى الآن سواء فى سنى العلوم الطبية التى تدرس فيها الكيمياء والطبيعة ، والكيمياء الحيوية ، والفسيولوجية ، والباكتيريولوجية ، والباثولوجية أو فى سنى الدراسات الإكلينيكية للأمراض المختلفة ، أشياء تقليدية مضى عليها الزمن ، نتيجة للجمود ، أو الجهل ، أو عدم الرغبة فى بذل الجهد المطلوب لغربلة البرامج والمناهج ، وإعادة النظر فيها بشكل منظم ومدروس .

يجب أن نستفيد إلى أقصى حد من كل جديد طرأ على التعليم الطبى فى الولايات المتحدة ، والاتحاد السوفييتى ، وإنجلترا ، ومختلف البلدان . وأن

نشطب من الكتب والمحاضرات والبرامج ذلك الحشو التفصيلي الذى لم يعد له فائدة ، ولا ضرورة ، فى تكوين الممارس العام ، والذى أصبح جزء منه فى عداد الحقائق التاريخية .

وفى هذا المجال بالذات لابد من الإشارة ، على سبيل المثال ، إلى دور الكيمياء ، والكيمياء الحيوية ، فى تطوير الطب ، وإلى العلاقة الوثيقة التى ثبت وجودها بين الحالة النفسية والعصبية للمريض ، وبين العلة التى يصاب بها ، من حيث إنها قد تكون إحدى العوامل الرئيسية أو الثانوية المسببة لها ، ومن حيث قدرة المريض فى التغلب على المرض . ومن المشاهدات الغريبة التى ثبت صدقها منذ عدة سنوات أنه فى الكسور ، تجرى عملية التحام العظام بصورة أفضل ، وأسرع ، إذا كانت حالة المريض المعنوية طيبة . كما أن أثر الحالة النفسية على تقرحات المعدة ، أو ارتفاع ضغط الدم ، أو غيرهما من الأمراض حقيقة معروفة حتى لدى عامة الناس .

وفى ظل مجتمع يسير بسرعة فى اتجاه التصنيع ، وتزداد فيه ضغوط الحياة المتحضرة فى المدينة أصبحت دراسة علم النفس ، والأمراض النفسية ، وعلاقة العوامل النفسية بالأمراض الأخرى ، مسألة بالغة الأهمية .

كذلك ينبغى أن نذكر دور التقدم الحديث فى دراسة الغدد الصماء والذى فتح آفاقاً جديدة فى الطب أصبح على كل طبيب أن يرتادها .

٢ — الأساس الثانى هو العلاقة بين الدراسات الطبية وتخطيط الخدمات الصحية :

لقد أصبحت الخدمات الصحية فى مجتمعنا ذات طبيعة متشعبة للغاية ، كما أنها أدخلت فى إطار المشاريع الموجهة ، والتنظيمات الشاملة فى المدينة والريف ، ذلك أنها أصبحت تقدم الآن لتجمعات السكان فى البيئة المعينة ، أو للجماعات التى تربطهم أماكن الدراسة أو العمل ، أكثر مما تقدم لهم كأفراد . ومن بين الأمثلة التى توضح هذا الاتجاه مشاريع العلاج فى الريف التى تستند إلى شبكة

واسعة من الوحدات الريفية فى المستوى الأول ، ثم إلى الوحدات المجمعة والمجموعات الصحية فى المستوى الثانى ، وأخيراً المستشفيات المركزية والعامة فى المستوى الثالث .

كذلك مشروع التأمين الصحى فى المدن الذى يعتمد على تنظيم شامل للوقاية والعلاج ، والموجه لخدمة العاملين بالحكومة ، والهيئات والمؤسسات العامة ، والحكم المحلى ، والعاملين فى الشركات . ويتدرج هذا النظام أيضاً من الممارس العام فى عيادة الحى أو المصنع إلى العيادة الشاملة ثم إلى المستشفيات العامة .

وعلى قمة هذا الهرم العلاجى فى المدن والريف تقف المستشفيات الجامعية .

هكذا أصبحت الخدمات الصحية خاضعة لعديد من الأشكال التنظيمية الحكومية والشعبية . وعلى سبيل المثال لا الحصر نذكر التنظيمات الإدارية فى المحافظات والمدن المتعلقة بالحكم المحلى ، وتنظيمات وزارة الصحة ، والاتحاد الاشتراكى ومنظمات الشباب ، والنقابات العمالية والمهنية ، ومجالس إدارات المستشفيات التى يلعب فيها الأطباء والعاملون فى مجال الصحة دوراً مباشراً فى تسيير الخدمات والرقابة عليها .

لم يعد الطبيب الفرد الذى يعمل فى عيادته الخاصة إذن نموذج المرحلة الحالية ، بل أصبح مطلوباً من الطبيب أن يكون ملماً بكثير من المسائل التى لم تكن تدخل فى اختصاصه من قبل . إنه يحتاج الآن إلى أن يكون فكرة واضحة عن تخطيط الخدمات الصحية ونظمها . وأن يكون قادراً على التعامل مع الهيئات المختلفة ، ومع شبكة العاملين فى الخدمات الصحية وأجهزتها ، ومع المختصين والأخصائيين فى كل مجال ، ومع المعامل ، ومراكز الأشعة ، وهيئات التمريض ، والمساعدين الفنيين . إنه يحتاج أيضاً إلى التعامل مع التنظيمات الشعبية المختلفة ، وأجهزة الحكم المحلى ، والتجمعات السكانية فى المدن والقرى ، فى المصانع ، والكليات ، والمدارس ، والأحياء .

ولابد أن ينعكس هذا التطور الاجتماعى الحديث بصوره الإدارية والسياسية على نظام التعليم الطبي . إننا نريد أطباء يستطيعون تقديم أكبر مساهمة ممكنة لا فى النواحى الفنية المتعلقة بعلاج المريض كفرد فحسب ، ولكن أيضاً ، وبشكل أساسى ، فى كل النواحى المتعلقة برفع مستوى الخدمات الصحية وحسن تنظيمها . إننا نريد أطباء يقودون حملة حكومية وشعبية واسعة النطاق على المرض وأسبابه ومضاعفاته .

إن الطابع الجماعى هو الذى يغلب على عمل الطبيب الآن ، وهذا يعنى اشتراكه فى أنواع مختلفة من العمل الجماعى فى الميادين الاجتماعية المتعددة التى لها ارتباط بالخدمات الصحية ، مما يتطلب أن يتلقى الطبيب التدريب العملى المناسب فى الحقل قبل التخرج ، وأن تتكون لديه القيم المطلوبة ، والفهم السليم لأساليب العمل فى الميدان الطبى .

ولا شك أنه يمكن تحقيق هذه الأهداف أثناء سنوات التعليم الطبى ، وخلق طبيب يتفاعل مع جموع العاملين فى مجال الصحة ، ومع جماهير الشعب فى كل مكان فى سبيل رفع المستوى الصحى لكافة المواطنين ، طبيب يفكر فى الحلول المناسبة لمشاكل المرض ، ويبتكر ، ويناضل لدفع المجتمع إلى الأمام .

٣ ــ الأساس الثالث هو الربط بين الدراسة والتطبيق :

إن مهنة الطب مهنة عملية ، ولا يمكن أن تمارس بطريقة سليمة إلا إذا توفر لطالب الطب القدرة على مواجهة المشاكل العملية ، والربط بين فنه وبين الممارسة وسط المرضى والناس عموماً .

لذلك يجب أن يعطى الاهتمام اللازم لعملية الربط الوثيق بين العلوم الطبية ومختلف الدراسات النظرية من ناحية ، وبين المهام العملية فى علاج الأمراض والوقاية منها ، على النطاق الفردى والعام ، من ناحية أخرى . وهذا يتطلب البعد عن

الأسلوب الأكاديمى والدراسة التى تعتمد على الحفظ النظرى ، وعلى حشو العقول بالتفاصيل المختلفة .

وعلى العكس يجب أن ننمى فى الطالب القدرة على التفكير المستقل ، وعلى الملاحظة الدقيقة ، والتصرف العملى ، والرغبة فى التحصيل عن طريق القراءة والتجربة معاً .

وهذا يحتاج ، من بين مايحتاج إليه ، إلى الربط المستمر بين الدراسة النظرية والمهام العملية . فهناك فارق مثلاً بين تدريس علم الميكروبات من الكتب ، والرسومات ، والشرائح الميكروسكوبية ، وتدريسه فى علاقته بالأمراض المختلفة ، وأعضاء الجسم وأنسجته المصابة ، والتحليلات الخاصة التى يجب أن تعمل ، وهذا يتطلب أن تتم هذه الدراسة بالتعاون بين عدد من الأساتذة المختصين بتدريس هذه الفروع المختلفة ، وفى ارتباط وثيق بالحالات المرضية ، ومعامل المستشفيات ، وطرق التحليل المطلوبة ، وطريقة الحصول على العينات وفحصها . وهناك فارق بين تدريس التشريح كعلم مستقل بكل تفاصيله ، وبين تدريس التشريح فى علاقته بوظائف العضو الذى يشرح ، وتركيبة الأنسجة ، والتغييرات العضوية التى تحدث فيه عند المرض ، والعمليات الجراحية التى تجرى له . وهذا أيضاً يتطلب تعاون فرقة من المدرسين .

إن جسم الإنسان شىء متكامل مترابط ، تتفاعل أجزاؤه المختلفة ، ويتأثر كل منها بالآخر وأمراض الأجهزة المختلفة فيه ، وتكوينها التشريحى ، وخلاياها ، ووظائفها ، مسائل مترابطة يجب ألا تخضع لنوع من الفصل المصطنع ، وإلا فقدت مدلولها العلمى والعملى الحقيقى ، وتاهت الحقائق فى خضم المعلومات والتفاصيل التى تفقد معناها ، لأنها أفقدت العلاقة الواقعية القائمة بينها .

وهذا الأسلوب فى التدريس الذى يسمى بأسلوب التكامل ، هو الذى يسمح بالربط بين الدراسة والتطبيق .

ولنفس الأسباب التى ذكرناها يجب أن يقضى طالب الطب جزءاً أساسياً

من وقته فى قاعات المستشفى ، والعيادة الخارجية والمعامل . وأن يمارس كثيراً من الأعمال التى سيقوم بها بعد التخرج مثل التمريض ، والإسعافات الأولية ، والجراحات الصغيرة ، والولادات ، وإعطاء الحقن ، ومتابعة المرضى فى منازلهم ، وأن يطلع على المشاريع الصحية المختلفة ، والوحدات العلاجية فى المدن والريف ، وأن يشارك فى بعض أعمالها ، وفى حملات استئصال الأمراض المتوطنة ، وحملات التطعيم ، حتى يجمع بين دراساته وبين الفهم السليم لطرق الوقاية والعلاج فى التطبيق ، ولنظام الخدمات الصحية المنفذ فى بلادنا .

وفى هذا المجال تستطيع منظمات الشباب ، واتحادات الطلبة ، بالتعاون مع إدارة الكليات ، ومع هيئات أخرى حكومية مثل وزارة الصحة ، وأجهزة الحكم المحلى ، أو شعبية ، مثل الاتحاد الاشتراكى ، أن تقوم بدورها فى الربط بين دراسات الكلية وبين العمل الميدانى فى المدن والقرى ، وهو عمل يمكن أن يمتد إلى مختلف جوانب الحياة فى بلادنا ، وإن كان من الضرورى بالنسبة لطالب الطب أن يركز على المسائل الصحية .

ولا شك أن إشراك تنظيمات الطلاب ، والشباب ، فى إدارة الكليات ، وفى الإشراف على كثير من نواحى الحياة والدراسة الخاصة بالطلبة ، من شأنه أن يعد هؤلاء الطلبة خير إعداد لمواجهة حياتهم العملية كأطباء .

٤ ـ الأساس الرابع هو نظام المستشفيات الجامعية :

إن هذا النظام لابد وأن يوضع بحيث ينسجم مع متطلبات أسلوب الدراسة الذى تعرضنا له ، وبحيث يساعد على تحقيق نوع من التكوين والتدريب الشاملين للأطباء حتى يصلحوا للقيام بمسئولياتهم ، وبحيث يسمح بتوفير مستوى راق من التدريب للأخصائيين .

وهذا يتطلب ألا تنظم المستشفيات وكأن هناك فاصلاً بين مهام التدريس ومهام العلاج ، ولا تكون النظرة الدراسية هى المتغلبة على حسن إدارة المستشفى ،

وطريقة قيامها بعلاج المرضى . فمع عدم التغاضى عن الطابع الخاص للمستشفيات الجامعية كأماكن التدريس والبحث ، فإن النظر إليها من هذه الزاوية فقط قد أدى فى الماضى إلى عكس النتيجة التى كانت مطلوبة ، وإلى إهمال عديد من المسائل الضرورية فى تدريب أطباء المستقبل ، وبالذات المسائل التى سيواجهونها فى الحياة العملية ، وهى فى أغلب الأحوال بسيطة ولكنها جوهرية . وذلك أساساً لأن النظرة للتدريس لم تكن سليمة ، بل كثيراً ما تميزت بالبعد عن واقع حياة الممارس العام ، والمبالغة فى التخصص على حساب الأساسيات ، والجرى وراء الشواذ والمسائل النادرة والدراسات الأكاديمية وهو انحراف أصاب ، وما زال يصيب عديداً من كليات الطب فى بلادنا وفى بلاد أخرى .

إن النظر للمستشفيات الجامعية على أنها أماكن لعلاج المرضى أولاً ، وعلى أن من واجبها أن تقوم بجميع الخدمات الوقائية والعلاجية لمنطقة بأكملها داخل المدينة ، أو للمدينة كلها إن كانت صغيرة ، من شأنه أن يحقق غرضين . أولهما حسن علاج المرضى أنفسهم من جميع النواحى ، وثانيهما استكمال أسس التدريس السليم عن طريق تقديم نموذج ناجح وعملى لطريقة علاج الأمراض المختلفة والوقاية منها . ويترتب على ذلك ضرورة إخضاع المستشفى فى إدارتها وأساليب عملها لمقتضيات هذه المهمة .

وهذه النظرة لأسلوب عمل المستشفيات الجامعية من شأنه أن يؤدى إلى الفائدة الكاملة لطالب الطب . ذلك أن الطالب يتعلم أولاً مما يراه أمامه . فإذا رأى مستشفى تدار بطريقة سليمة ، وتوفر مستوى مرتفعاً من الخدمة ، لابد وأن يتأثر بمعايشته لهذه التجربة . كما أن قيام المستشفى بجميع الأعمال العلاجية والوقائية يعطى نموذجاً كاملاً يشمل كل نواحى الخبرة التى يتلقاها ، ويقدم له ما سيحتاج إليه فى الممارسة العملية لمهنته بعد التخرج ، ويعارض أمامه طريقة مواجهة مختلفة المشاكل المرضية التى سيقابلها فى الحياة العادية للمارس العام . وفى نفس الوقت فإن الأسلوب الذى يدار به المستشفى ومستلزمات العلاج المتعدد الجوانب يساعد

الطالب على تكوين فكرة سليمة عن طريقة تنظيم الخدمة الطبية فى المستشفيات .

ومن ناحية أخرى يسمح هذا الأسلوب بأن ترتبط البحوث ، والخبرات ، والمشاهدات داخل المستشفى ، بالأمراض والمشاكل الصحية التى تعانى منها جماهير الشعب فعلاً ، وإلا تتحول هذه المستشفيات إلى قلاع أكاديمية معزولة تعطى مظهر العلم دون جوهره .

وهذا لا يمنع قبول الحالات التى تحتاج إلى عناية خاصة ، بل يفرضه . إن هذه الحالات المحولة من منطقة خدمة المستشفى ، أو من جهات أخرى ، أو من مناطق القطر المختلفة ، يجب أن تقبل ، لأنها فى حاجة إلى خبرة خاصة ، وعلاج خاص لا يتوفر خارج المستشفيات الجامعية ، وحتى تشمل الحالات الموجودة فى الأقسام الداخلية ، أو التى ترد إلى العيادة الخارجية ، كل ما يجب أن يدرسه الطلبة ، والأطباء المقيمون ، والأطباء الذين يلتحقون بالدراسات العليا والتخصصية ، وأعضاء هيئة التدريس ، وبحيث يمكن مباشرة أعمال البحث العلمى فى مجال الطب ، والتى لها أهمية خاصة فى نشاط الهيئات الجامعية .

الأساس الخامس هو الربط بين نشاط هيئات التدريس واحتياجات المجتمع :

أصبح الدور الذى تلعبه البحوث العلمية فى التقدم الاقتصادى والاجتماعى لأى بلد من البلاد ، مسألة محسومة لا تقبل المناقشة . ولا تستطيع كليات الطب فى الجمهورية العربية المتحدة أن تساهم فى حل مشاكلنا الصحية الأساسية ، أو أن تكون مدرسة طليعية بالنسبة إلى البلاد العربية والأفريقية إذا لم تعط البحوث العلمية الاهتمام الواجب .

وهذا يتطلب أن توجد هيئة مستقلة مسئولة عن الأبحاث العلمية فى كليات الطب ، وتتلقى تكليفات من قبل الجهات المسئولة عن الخدمات لدراسة مشاكل معينة ، بحيث تكون أبحاثها مرتبطة بالأمراض التى تعانى منها البلاد ، والتى نسعى إلى التخلص منها فى أقصر وقت ممكن .

ومن المهم أن تلعب كليات الطب دوراً فى دراسة وتقييم الخدمات الصحية فى البلاد ، حتى تكون الدراسة الجامعية وثيقة الصلة بما يتم فى البلاد ، وحتى تشترك فئات هيئة التدريس والطلبة فى مناقشة القضايا الصحية المطروحة . فكليات الطب هى الهيئة الصحية الطليعية فى البلاد ، التى يجب ألا يحرم الشعب من رأيها ومساهمتها فى التخطيط للخدمات الصحية .

ويتطلب كل هذا ، حتى يصبح تنفيذه أمراً ممكناً ، أن يعمل نظام ملائم لتفرغ أعضاء هيئة التدريس ، يجعل فى مقدورهم القيام بمسئولياتهم الجسيمة فى جو من الاستقرار والعمل الجاد المستمر .

هذه هى الخطوط الرئيسية التى يجب أن تكون رائدنا عندما نفكر فى مسألة تطوير التعليم الطبى .

* * *

هدف التعليم الطبى فى مصر

إن الهدف الأساسى من التعليم الطبى يتلخص فى تخريج الأطباء الممارسين العامين ، والأخصائيين ، والباحثين ، وأعضاء هيئة التدريس ، بحيث يتفقون من حيث العدد ، ومن حيث المستوى الفنى ، والتكوين والتدريب ، مع مستلزمات الخطة ، ومع التوسع المتزايد فى الخدمات الصحية .

ولذلك لابد أن يكون التعليم الجامعى لطلبة الطب خاضعاً هو نفسه للتخطيط الدقيق حتى يمكن الوفاء بالالتزامات الجامعية ، وسد احتياجات الخطة الصحية من حيث عدد الأطباء ونوعهم ومستواهم .

ومن المفيد أن تمتد هذه الخطة للعشرين سنة القادمة حتى يعمل حساب التوسع المنتظر فى الخدمات الصحية ، وحتى يمكن مواجهة المشاكل الصحية والتغلب عليها بطريقة شاملة ومدروسة .

فما هى الخصائص التى نريدها فى الذين يتخرجون من كليات الطب ؟ إننا

نريد أطباء قادرين على القيام بمهام المستقبل خلال العشرين أو الثلاثين سنة القادمة ، يتمتعون بقدرة على الملاحظة ، والتشخيص ، وتحصيل المعرفة ، ورغبة فى الاستزادة من العلم . إننا نريد أطباء فعالين ، وواعين بواجباتهم الإنسانية والاجتماعية ، إلى جانب مهاراتهم الفنية ، ومرتبطين بقضايا الشعب ونضاله فى سبيل الاشتراكية ، إننا نريد عدداً متزايداً من الأطباء النابعين من صفوف العمال والفلاحين ، حتى لا تكون العلوم حكراً على أبناء الطبقات المتوسطة ، وحتى نربى أجيالاً جديدة من الفنيين .

ومع أن أهداف التعليم الطبى فى نواح كثيرة تختلف من بلد إلى آخر ، إلا أن هناك أسساً ثابتة لا تتغير وينبنى عليها كل تعليم لطالب الطب .

أولاً : لابد أن يؤمن الطالب بأن الأسس العلمية هى حجر الزاوية فى الممارسة المهنية .

ثانياً : لابد أن يؤمن أنه اختار لنفسه طرازاً فى الحياة أساسه خدمة المريض وخدمة الناس عموماً .

ثالثاً : لابد أن يؤمن أن المريض يتصل اتصالاً كاملاً ببيئته ، فينبغى إذن أن تكون هذه البيئة موضع تفهمه العميق ، ونقده البناء ، ومحاولاته الدائبة لإدخال تحسن عليها .

ولو تذكرنا أن الطلاب الذين نجتهد فى تعليمهم اليوم سيعملون فى فترة تمتد إلى ٢٠ سنة أو أكثر ، حيث تكون مطالب المجتمع قد تطورت إلى مراتب أعلى بكثير من الوضع الحالى ، لقدرنا عمق النظرة التى يجب أن تحكمنا عندما نتولى موضوع التعليم الطبى .

إن التقدم العلمى العالمى يسير بسرعة جبارة ، وبذلك تنمو المعرفة العلمية والفنية نمواً خارقاً فى العصر الحالى . كما أن احتياجات بلادنا تقفز قفزات هائلة إلى الأمام .

إن هذا الجو الجديد يستدعى اتباع طرق جديدة متطورة وملائمة فى التعليم تهدف إلى إذكاء شعلة التفكير ، والشغف بالتحصيل المستمر ، والقدرة على الربط بين الفكر والتطبيق .

ويقابل هذا التقدم الهائل فى العلوم الطبيعية والبيولوجية تقدم مواز فى إدراك دور العلوم الإنسانية وتطبيق هذا الفهم فى خدمة المجتمع . وقد ثبتت قيمة دراسة النفس الإنسانية ، والفهم العميق بطرق السلوك البشرى ولأثر المجتمع على الإنسان عامة وعلى مشاكل المرض والمريض بشكل خاص .

وفى البلاد النامية ، نظراً للظروف الاقتصادية والاجتماعية الخاصة التى نمر بها ، لابد من مواجهة التعليم الطبي ، شأنه شأن المسائل الأخرى بنظرة ثورية .

وهذه النظرة الثورية تتعلق قبل كل شيء بمسألة الهدف من الخدمات الصحية ، حيث إن كل محاولات « تحسين الصحة » لابد أن تصطدم بعمق المشاكل الاجتماعية والصحية التى تواجهها هذه البلاد ، مما يجعل محاولات التحسين وحدها قليلة الأثر . لذلك لابد من إعطاء الاهتمام الأول والأساس للطب الوقائى الذى يشمل مكافحة الأمراض المعدية والوقاية منها ، وأمراض المهنة ، والأمراض المتوطنة ، وسوء التغذية والأمراض المتعلقة به ، ورعاية الأمومة والطفولة ومشاكل تنظيم الأسرة ، والصحة المدرسية ، والتثقيف الصحى للمحافظة على صحة المواطنين .

ومن المسلم به أن نقص عدد الأطباء ، وقصور الإمكانيات فى بلد ما ، يجعل الاهتمام بالوقاية من الأمراض ، ورفع مستوى الصحة أمراً حيوياً فى هذا البلد ، وهذا بالطبع بعد استكمال الحد الأدنى من الإنشاءات والتجهيزات اللازمة ، والتى عادة ما تكون مرتبطة بالخدمات العلاجية (مستشفيات عامة ومركزية ، وحدات ريفية ، مراكز رعاية أمومة وطفولة إلخ) ومن هنا كان الطب الوقائى من أهم الفروع التى يجب أن تعنى بها كليات الطب . يجب ألا يصرفنا الاهتمام بالطب العلاجى عن العناية بتعليم الطب الوقائى . وينبغى ألا يكون تعليم

الطب الوقائى محصوراً داخل قاعات المحاضرات ، والمعامل ، والمتاحف فى الكليات ، بل يجب أن يمتد إلى ميدان البيئة ، فهى الحقل العملى لتدريب الطلاب على الطب الوقائى ، شأنها فى ذلك شأن عنابر المستشفى بالنسبة لتدريب الطلاب على الطب العلاجى .

إن هذا التركيز على النواحى الوقائية يجب أن يكون هدفاً أساسياً فى الخدمات الصحية ، ولا بد إذن أن يكون له بالتبعية انعكاس عميق على أهداف التعليم الطبى وأساليبه .

والمسألة الثانية هى ضرورة أن يؤدى التعليم الطبى إلى تكوين وتخريج أطباء ينتشرون فى كل أنحاء القطر بين الفلاحين فى القرى ، وبين العاملين فى المدن والأحياء والمصانع ، ويساهمون بنشاط فى الجهود المبذولة لبناء المجتمع الجديد ، مركزين طاقاتهم فى حملة للقضاء على الأمراض . وهذا يعنى أن يكون أحد الأركان الأساسية للتعليم الطبى ، بل الركن الأساسى ، هو تخريج طبيب الريف ، وطبيب العائلة ، وطبيب الجماعة Community doctor الكفء .

والمقصود بهذا تخريج نوع من الأطباء لهم القدرة على تقديم جميع الخدمات الوقائية والعلاجية لمجموعة السكان الذين يعيش الطبيب وسطهم . ويتمتعون بالقدرة على الاندماج معهم والعمل بينهم ، ومواجهة المشاكل المختلفة بروح ثورية عملية .

وأخيراً فإن بلادنا تعمل بموارد محدودة . ولا مفر لها من أن تركز جهودها على التنمية الاقتصادية وبناء صناعة قوية مدعمة الأركان . ومع التسليم بأهمية الاعتمادات التى تعطى للصحة وللتعليم بالذات وضرورة بذل أكبر جهد ممكن لتوفير المال اللازم ، والذى لا بد منه لإجراء التطوير المطلوب ، فإنه من الواضح أن مستلزمات التنمية ، والمصاعب الاقتصادية التى تواجهها بلادنا ستؤدى ، لا مناص ، إلى ضغط للمصروفات الخاصة بالخدمات عموماً . ولذلك يجب أن تخفت الأصوات التى تقول دائماً : « لا يمكن إصلاح التعليم الطبى إلا إذا خصصت

لكليات الطب والمستشفيات الجامعية المبالغ الكافية ، والميزانيات اللازمة» . وهذا الموقف يعنى من الناحية العملية الافتراض بأن كل الإمكانيات المادية والبشرية الحالية مستغلة على أحسن وجه ممكن ، كما يعنى إغلاق الباب أمام إصلاح ثورى ، بينما الواقع أنه يمكن القيام بتطوير حقيقى لنظم التعليم الطبى إذا ما تغيرت المناهج ، والأساليب ، والبرامج على أساس المبادئ التى تعرضنا إليها فيما سبق ، والتى ستفصلها فى الأجزاء القادمة ، وإذا ما نظم العمل على صورة أفضل ، تسمح باستغلال جميع الكفاءات بطريقة منسقة ، وتضع كل واحد فى المكان الذى يتفق وقدراته .

وهذا التطور يتطلب ولا شك جهوداً مضنية ، وهى جهود يجب أن توجه أساساً ضد العقلية القديمة ، والتمسك « بالسكك المطروقة » و« الروتين المعروف» .

عدد الأطباء الممارسين

إن توفير العدد الكافى من الأطباء بفئاتهم المختلفة (ممارسين عامين ، أخصائيين ، أعضاء هيئة تدريس ، باحثين) هو الغرض الأساسى من التعليم الطبى فى مستوياته المختلفة .

لهذا كان علينا أن ننظر إلى تخطيط التعليم الطبى ، فيما يتصل بالناحية العددية للأطباء ، على ضوء احتياجات البلاد ، وإمكانياتها ، ومشاكلها الصحية ، مع مراعاة الزيادة المضطردة فى عدد السكان ، وارتفاع الوعى الصحى بينهم .

والعوامل التى تؤثر على عدد الأطباء الذين يمكن تخريجهم خلال السنين القادمة هى ستة عوامل رئيسية :

١ — التخطيط فى مجال الرعاية الصحية والطبية والذى يرتبط أو يجب أن يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتخطيط فى المجالات الأخرى الصناعية ، والزراعية ، والاجتماعية . هذا التخطيط الذى يشمل أهدافاً محددة ، وبرامج ، ويشمل أيضاً الإنشاءات ، والتجهيزات ، والمستلزمات ، والأدوية التى ستوفر لهذه البرامج .

ومن البديهى أنه ليس هناك جدوى من تخريج أطباء دون أن توجد المؤسسات والوحدات ، والأدوية ، ومختلف المستلزمات التى تسمح للأطباء بممارسة مهنتهم بين الناس . وحيث إن معدل الإنشاء والتجهيز قد يتباطأ فى السنين القادمة نتيجة للظروف الاقتصادية التى تمر بها البلاد ، فمن الواجب وضع هذا العامل فى الاعتبار عند تقرير معدل تخريج الأطباء .

٢ — الإمكانيات المتاحة فى الكليات المختلفة وهى نقطة هامة للغاية سنناقشها عند التعرض لمستوى الأطباء الذين يتخرجون فى المرحلة الحالية .

٣ — درجة الوعى عند جمهور المواطنين حيث إن إقبال الناس على الاستفادة من الخدمات يزيد الطلب عليها ، وعلى الأطباء بالتبعية . وإن كان من الواضح أن هذا الإقبال فى تزايد مستمر مع اتساع شبكة الخدمات فى المدينة والريف وخصوصاً الوحدات الريفية ، والمستشفيات الجديدة ، والمشاريع المتعلقة بالتأمين الصحى ، والمؤسسات العلاجية ، والعلاج بأجر مخفض إلخ . . .

٤ — الاحتياجات الدولية بمعنى الطلب على الأطباء المصريين ليعملوا فى البلدان العربية ، والأفريقية .

٥ — الزيادة فى عدد السكان .

٦ — نسبة الأطباء إلى عدد الفئات المساعدة ، بما فيهم هيئة التمريض ، حيث إن مزاولة الطبيب لعمله مستحيل إلا بتوفر هذه الفئات ، بالعدد الكافى ، وكذلك النسب بين فئات الأطباء أنفسهم أى بين الممارسين ومختلف الأخصائيين وأعضاء هيئة التدريس .

وإذا تناولنا الموضوع من الناحية العددية فحسب نجد أن نسبة الأطباء إلى عدد السكان قد وصل فى سنة ٦٧ / ٦٨ إلى طبيب لكل ٢٢٠٠ من السكان ، بينما نجد أنه فى سنة ١٩٦٥ كانت النسبة فى الاتحاد السوفييتى طبيباً لكل ٥٠٠ من السكان ، وفى أمريكا طبيب لكل ٦٥٠ ، وإيطاليا طبيب لكل ٦٧٠ ، ولبنان طبيب لكل ١٠٠٠ من السكان .

فإذا أردنا أن نوفر طبيباً لكل ١٦٠٠ من السكان سنة ١٩٧٢ وطبيباً لكل ١٠٠٠ من السكان سنة ١٩٨٠ ؛ فعلينا أن نضمن تخرج ما يقرب من ٢٠٠٠ طالب سنوياً . وهذا العدد ما زال أكبر من طاقاتنا .

إن تكوين جيش طبي مترابط يتكون من الأطباء ، والفئات المساعدة ، مع حسبان دقيق لنسبة الأطباء الممارسين ، إلى الأطباء المختصين ، إلى القائمين بالبحث والتدريس ، ثم نسبة هؤلاء جميعاً إلى هيئة التمريض ، والزائرات الصحيات ، والمساعدين الفنيين على أنواعهم مما يزيد من كفاءة الخدمة المؤداة (يلاحظ أن عدداً قليلاً من الأطباء يمكنه فى هذه الحالة القيام بخدمة عدد كبير من المواطنين ، بينما قلة الفئات المساعدة من شأنه أن يقلل قدرة الطبيب على توسيع نطاق الخدمات التى يؤديها ، حيث إنه سيضطر إلى القيام شخصياً بأعمال هذه الفئات مما يحول دون تفرقة لمهامه الأصلية) .

وإذا لاحظنا أن عدد سكان الجمهورية العربية سيضاعف فى خلال ٣٠ — ٤٠ سنة تقريباً ، يتبين لنا مدى الجهد الذى يجب أن يبذل لتحسين النسبة القائمة حالياً ، وتوفير الزيادة اللازمة فى عدد الأطباء . وليس هنا سوى طريق واحد مناسب لزيادة عدد الخريجين ، وهو إنشاء كليات جديدة . وهذا هو ما قامت به الحكومة عند ما أسست كليات الطب فى أسيوط ، وطنطا ، والمنصورة والأزهر ، مما سمح ، بالإضافة إلى زيادة عدد الطلبة فى كليات القاهرة ، وعين شمس ، والإسكندرية ، بتحقيق زيادة مضطردة فى عدد الأطباء يتناسب مع التوسع فى الخدمات الصحية .

ومع ذلك فإن معدل تخرج الأطباء لا يتوقف فقط على عدد السكان كما رأينا ، وإنما يتوقف أيضاً على عديد من العوامل الأخرى. ولذلك فإن تحديد النسب بهذه الدقة ليس أمراً سهلاً . خاصة وأن احتياجات المجتمعات النامية تتطور مع كل خطوة من خطوات التقدم .

وعلى ضوء الاعتبارات السابقة كلها يمكن اعتبار طبيب لكل ١٥٠٠ من

السكان نسبة ملائمة يمكن تحقيقها فى سنة ١٩٧٥ . بينما الوصول إلى نسبة أعلى مثل ١ إلى ١٠٠٠ سنة ١٩٨٠ يتطلب ارتفاع عدد الخريجين إلى ٢٠٠٠ أو ٢٥٠٠ تقريباً وهذا أمر عسير المنال .

والأمر يتطلب تعزيز كليات الطب القائمة والتى تحت الإنشاء بالإمكانيات البشرية والمادية الكافية ، إذا أردنا تفادى حدوث انحدار خطير فى مستوى الخريجين . وهى إحدى الزوايا الهامة التى سنتناولها فيما بعد ، حيث إن العدد الكبير فى ذاته لا يحقق الغرض المطلوب من التوسع فى التعليم الطبى ، ألا وهو خدمة المواطنين ، ورفع مستوى الخدمات الصحية وكفاءتها .

عدد الأخصائيين

إن حاجة البلاد إلى أخصائيين فى زيادة مضطردة . وهو أمر ملحوظ فى جميع البلاد النامية وتصل نسبة الأخصائيين إلى ٤٠ ٪ أو حتى ٥٠ ٪ من الأطباء فى بعض البلاد . ولكن يجب أن نلاحظ أنه فى بعض هذه البلدان ، مثل الولايات المتحدة ، ينحصر النقص الأساسى فى عدد الممارسين العامين نظراً لجنوح الأطباء إلى التخصص ، وخضوع النظام هناك إلى المنافسة الحرة التى لا تستند إلى الاحتياجات الاجتماعية أو التخطيط ، وإنما أساساً إلى السعى وراء الربح .

أما بصدد نسبة الأخصائيين إلى مجموع الأطباء فى بلادنا فإن الاكتفاء بأن يمثلوا ثلث العدد الإجمالى للأطباء من الآن حتى سنة ١٩٧٥ هو أقرب إلى واقعنا ، وإلى طبيعة مشاكلنا الصحية ويضمن عدم المغالاة التى حدثت فى بعض البلدان .

وعند التعرض لمسألة تخريج الأطباء سواء أكانوا من الممارسين العامين أم من الأخصائيين ينبغى أن نشير إلى بعض النقاط الهامة التى تحتاج إلى عناية خاصة .

١ — من الملاحظ أنه لا توجد حتى الآن خطة واضحة سواء فيما يتعلق بعدد الأطباء ، أو بالتخصصات التى ينتمون إليها ، وهذا يتطلب أن تدرس احتياجات

البلاد بدقة ، وأن يحدد عدد الطلبة الذين يقبلون فى كليات الطب طبقاً للاحتياجات الفعلية .

كما أن من أهم المشاكل التى تواجه الرعاية الصحية فى الدولة حالياً نقص بعض التخصصات فى الأطباء ، ووجود فائض تخصصات أخرى . فنجد مثلاً فى الجانب العلاجى أن أطباء الرمد ، والأنف والأذن والحنجرة ، والجلد ، والتخدير ، والمعمل ، والأشعة ، نادرون برغم الحاجة الماسة إليهم . وهذا الوضع ينطبق بشكل خاص على الفروع الوقائية مثل الصحة العامة ، والأمراض المتوطنة ، والأمراض المعدية ، والطب الصناعى ، والثقافة الصحية إلخ . . والسبب يرجع إلى أنه لا توجد قيود أو نظم تحكم طريقة التحاق الطبيب بالدراسات العليا . وهكذا يستطيع أى عدد أن يلتحق بفرع من فروع التخصص ، مثل أمراض النساء والولادة ، أو الجراحة ، دون أن يرفض أحد من المتقدمين. والسبب الثانى أنه لا توجد حوافز مدروسة يمكن أن تجذب الأطباء إلى التخصصات التى تفتقر إلى العدد الكافى . وهذا ينطبق بالذات على الفروع الوقائية ، بل على العكس هناك فى أحيان كثيرة عوائق تحول دون التحاقهم بهذه الدراسات ، مثل لائحة الدراسات العليا التى تحول دون أن يلتحق عديد من الأطباء فى وزارة الصحة بالدراسات التى يريدون متابعتها ، أو إلغاء البدل الذى كثيراً ما يصاحب عملية التقدم للدراسات العليا . والسبب الثالث هو عدم وجود بعض المعاهد النوعية مثل معهد طب الصناعات ، أو ضعف الإمكانيات فى بعض الأقسام أو المعاهد القائمة . (جدول رقم ٥٢) .

جدول رقم ٥٢

تابع ربط الدراسة الطبية باحتياجات المجتمع

الاحتياجات من الفئات المساعدة

الفئات	العدد الحالى	المنتظر تخرجه سنة ١٩٧٠	استكمال النقص فى الخدمات حالياً
الممرضات	٣٥٧٨	٣١٥٠	١٢١٤
الزائرت الصحيات		١٨٢٥	١٥٠٤
مساعدات ممرضات وممرضين	٤٤٣٢	٣٣٠×١٨٥٠ مساعدة مساعد	٣٠٩٦
مساعدات المولدات	٥٤٢٣	٤٠٥٠	١٦٨٤
المعاهد الصحية :			
فنى أشعة	٣٣٧		٨٠
فنى معمل	٢١٣١	٢٠٠٠	٧٨١
معاون صحة	٨٤٣		٧٢٠
مساعد صيدلى	١١٩		

١ ــ احتياجات الخطة غير محددة حتى الآن إذ عملت الخطة أولاً على خمس سنوات ثم على ٧ سنوات وجارى العمل حالياً لوضع خطط سنوية .

٢ ــ يجب استبعاد نسبة من سيخرج من الخدمة بالوفاة أو المعاش أوالزواج أو الإعارة للأقطار الشقيقة من المتخرجين (نسبة ٢٥ ٪) .

٣ ــ لا يشمل هذا البيان العدد اللازم للقوات المسلحة والأقطار الشقيقة والخدمات مستقبلاً فى المصانع والفنادق .

إحصائية الهيئة الفنية للتعليم المهنى والتكنيكى للأطباء والفئات المساعدة لمنظمة الصحة العالمية سنة ١٩٥٠ :

الفئة	العدد اللازم نسبة لعدد السكان
طبيب ممارس عام	١ : ١٥٠٠
جراحون	١ : ١٠٠٠٠
أخصائيون للأنف والأذن والحنجرة	١ : ١٥٠٠٠
أخصائيون لأمراض النساء والولادة	١ : ٢٠٠٠٠
أخصائيون للأمراض الباطنية	١ : ٣٠٠٠٠
أخصائيون لأمراض الأطفال	١ : ٣٠٠٠٠
أخصائيون للأشعة	١ : ٦٠٠٠٠
أخصائيون للمجارى البولية	١ : ٦٥٠٠٠
باثولوجيون	١ : ١٠٠٠٠٠
أخصائيون عظام	١ : ١٠٠٠٠٠
أخصائيون لأمراض الجلد	١ : ١٠٠٠٠٠
أخصائيون للأمراض النفسية	١ : ١٠٠٠٠٠

الفئات المساعدة :

الفئة	العدد اللازم
عاملون فى الحقل الطبى الاجتماعى (فنى أخصائى طبى اجتماعى)	١ : ٢٠٠ مريض بالمستشفى فى السنة أو ١ : ٢٠٠٠ مريض يتردد على العيادة الخارجية فى السنة
فنى نفسى	اثنان أو ثلاثة لكل أخصائى للأمراض النفسية أو ١ : ٥٠٠ مريض يتردد على العيادة الخارجية فى السنة
أخصائى تغذية	١ لكل ١٠٠ سرير بالمستشفى
فنى معمل وأشعة	١ لكل ١٠٠ سرير

الأعداد المنتظر تخرجها من كليات الطب المختلفة حتى عام ١٩٧٠ :

٦٥ / ١٩٦٦ ٦٦ / ١٩٦٧ ٦٧ / ١٩٦٨ ٦٩ / ١٩٧٠

٩٣٤ ١٢٢٨ ١١١٠ ١٢٤٣ ١٤٢٣

إجمالى المنتظر تخرجهم

٥٩٣٩

ويترتب على ذلك أنه حتى الآن لا توجد صلة حقيقية بين الخطة الصحية وبين معدل تخرج الأطباء ، ونسب التخصصات المختلفة . وهذه ثغرة خطيرة لابد من القضاء عليها إذا أردنا ألا توجد نقط اختناق فى القوة البشرية الطبية عند تطبيق المشاريع الهامة مثل التأمين الصحى ، أن النقص فى بعض التخصصات ، شأنه شأن النقص فى هيئات التمريض والفئات المساعدة الأخرى ، هى إحدى المشاكل الرئيسية التى تواجهها الخدمات الصحية فى بلادنا .

٢ — الممارس العام يشكل الركن الأساسى فى أى تنظيم صحى فعال ، ولذلك لابد من أن نتجه بالتعليم الطبى إلى تكوين الممارس العام الكفء . فهو الطبيب الذى سيعمل فى مختلف المنشآت الصحية بالريف حيث يقع عليه عبء القيام بالخدمات الوقائية والعلاجية . وهو الأساسى فى نظام التأمين الصحى حيث يشكل الصف الأول من الأطباء الذين سيقومون بعلاج العاملين فى المصانع ، والشركات ، والمؤسسات ، والمصالح الحكومية ، والأحياء ، وكذلك لعلاج عائلاتهم . إنه طبيب الجماعة الذى يجب أن تعرض عليه كل الحالات قبل تحويلها إلى الأخصائيين فى العيادات الشاملة أو المستشفيات . إنه يعالج ٩٩ ٪ من المرضى . وحتى لا يضطر الممارس العام إلى السير فى طريق التخصص بوصفه الباب الوحيد المفتوح لتحسين مستواه العلمى والمادى ، لابد من مراعاة حقوقه المادية ، وعمل نظم دراسية وتدريبية ملائمة له فى مستشفيات وزارة الصحة ، أو المستشفيات الجامعية ، يستطيع من خلالها الحصول على دراسة إضافية ،

وشهادات ، ودبلومات تعينه على عمله كممارس عام . بل من المفيد أن يعمل دبلوم للممارس العام وأن يتمتع بفرصة التفرغ أثناء هذه الدراسة .

إننا ننعى على نظامنا الحالى انقطاع الصلة العلمية بين الطبيب العام وبين معاهد الطب التى تخرج منها . وليس لهذا الطبيب من فرصة ، بعد تخرجه ، للاطلاع على المستحدث فى الطب ، ولتنشيط ذهنه ، وتجديد معلوماته الطبية . إن مرانه العملى سيصبح أكثر قيمة ، وأبعد أثراً ، إذا ما صاحبته مثلاً دراسات قصيرة فى معهد تعليمى . ولذلك من المفيد أن ننشئ فى كليات الطب مقررات دراسية منشطة تلائم موضوعاتها ومواعيدها غالبية الأطباء الممارسين . وهذه الدراسات لا تهدف فى كل الأحوال إلى إعطاء شهادات أو دبلومات ، وإنما إلى جعل الطبيب الممارس دائماً فى المستوى الذى يؤهله لتأدية واجبه على الوجه الأكمل .

وفى هذا المجال فإن خير طريقة لإعداد الممارس العام هو إخضاعه لنظام الطبيب المقيم (فترة نيابة) لمدة سنة أو سنتين بعد التخرج ، وبعد قضاء السنة التدريبية ، حتى لا يرسل إلى مرضاه وما زالت خبراته دون المستوى المطلوب . ويجب التركيز على الجراحة ، والأمراض الباطنية ، وأمراض النساء والولادة ، والأطفال خلال فترة عمله كطبيب مقيم فى المستشفى .

ومن ناحية كليات الطب فمن المفيد الاستمرار فى توزيعها جغرافياً كما هو متبع الآن ، وإجراء توزيع سليم للأساتذة على الكليات ، إذ ستصبح هذه الكليات مراكز لإشاعة النشاط العلمى فى محيطها ، مما سيؤدى إلى حماية الأطباء من العزلة العلمية .

٣ — طرحت فى الفترة الأخيرة ، وبإلحاح متزايد ، قضية الكم والكيف فى تخريج الأطباء . ومع التسليم بضرورة تخريج أكبر عدد ممكن من الأطباء لسد حاجات الخدمات الصحية ، والمشاريع الجديدة المتعلقة بها ، وللارتفاع بمستوى الخدمات الصحية فى المدينة والريف ، فإنه يتضح أكثر فأكثر أن هناك

انخفاضاً ملموساً فى مستوى الخريجين وصل إلى الدرجة التى تحتاج إلى علاج حاسم ، إذا أردنا أن نضمن للخدمات الصحية فى بلادنا اضطراد التقدم .

يقول التقرير المقدم من الاتحاد الاشتراكى بكلية طب أسيوط إلى مؤتمر التعليم الطبى الذى عقد بكلية طب جامعة القاهرة خلال الأسبوع الأول من فبراير ١٩٦٧ ما يلى :

« هناك تضحية متزايدة بمستوى الخريجين بسبب الأعداد الضخمة التى تقبلها الجامعات والمعاهد ، وليست هناك ضمانات كافية للتعمق فى العلم بالطريقين الطبيعيين : طريق البحث العلمى ، وطريق الدراسات العليا والتدريب . .

« إن إمكانيات الجامعات لا تسمح بالتوسع فى قبول الطلاب فوق حد أقصى تصل فيه إمكانيات التعليم حد التشبع ، وإلا خاطرنا بالهبوط بمستوى التخرج إلى درجة تجعله عالة على التطور العلمى ، بدلاً من أن يكون أداة فعالة فيه .

« وبالرغم من أن إمكانيات الجامعات القديمة تكاد تبلغ حد التشبع إلا أننا نتوسع فى إنشاء جامعات تعيش عالة على إخوتها الكبرى فى مجال التعليم ، بسبب النقص الشديد فى أعضاء هيئة التدريس ، فى كثير من التخصصات ، وخاصة فى الكليات العملية ، وكليات الهندسة والطب .

« ولابد لنا فى السنين القادمة من الالتزام بالإمكانيات الفعلية للجامعات عند تحديد عدد الطلاب المستجدين كل عام — ولابد من أن نركز على تدعيم إمكانيات التدريس فى الكليات الناشئة بسرعة ، وألا تهددتنا كارثة علمية فى السنين القادمة » .

وأشار الأستاذ الدكتور نجيب محفوظ فى كلمته إلى هذه الظاهرة فى نفس المؤتمر عندما قال : « اسمحوا لى أن أتكلم فى موضوع أعتبره حجراً أساسياً فيما نرغبه من تطوير التعليم فى كلية الطب ، وهو العدد الذى تستطيع الكليات أن تستوعبه بدون إخلال بالتعليم .

إنى أضع أمامكم نتيجة اختبار خمسة وأربعين عاماً قضيتها فى التعليم . عاصرت فيها العهد الذى كان عدد الطلاب الذين يحضرون محاضراتى ، ومرورى على الطلبة والجراحات التى كنت أجريها ، وفى أثناء تدريبهم فى العيادة الخارجية ، لا يزيد عن الثلاثين طالباً ، والعهد الذى بلغ العدد مائة ، وما تلاه من الأعداد الخيالية التى وصلت إلى الألف عداً .

كنت فى عهدى الأول أشعر باتصال قوى بالطلبة ، كنت أعرفهم شخصياً وأشرح لهم ما استعصى عليهم من الأمور ، أناقشهم ويناقشونى ، ثم تلا ذلك العهد الذى بدأت فيه أفقد هذا الاتصال ، وفى السنين الأخيرة التى قضيتها فى التعليم ، عندما بلغ العدد ألفاً من الطلبة شعرت فى أثنائها أن صلتى بهم أصبحت فى حكم العدم .

كنت فى محاضراتى أقف أمام الميكروفون الذى لا يلبث إلا قليلاً حتى يتوقف عن العمل ، كان الطلبة فى الصفين أو الثلاثة الأول يكتبون ما يعدونه لازماً للمراجعة فيما بعد . وأما فيما عدا هذه الصفوف فالطلبة يتململون ولا يملكون الاعتراض .

هذا فى المحاضرات ، أما فى مرورى على المرضى فكنت أرانى مع طابور لا يقل عن أربعين طالباً لا حيلة لى فى شرح ما أريد شرحه لهم ، ولا وسيلة لأن أجعلهم يفحصون المريضات ، وكان هذا شأنى معهم فى غرفة العمليات وفى العيادة الخارجية .

إن هذه الحالة السيئة هى التى هونت على فراق الطلبة عندما تركت الكلية ، حتى لا أشاهد بعينى المأساة التى وصل إليها التعليم .

وكنت أسأل نفسى عندما يتقدم هذا العدد الغفير للاختبار ، هل هؤلاء الطلبة حقيقة تخرجوا فى الكلية أم أنهم فى الواقع يتقدمون للامتحان من منازلهم . وكنت أسائل نفسى ما الذى يدعونا إلى قبول هذا العدد الوفير فى كلية الطب .

مرت فترة توسعت فيها وزارة الصحة فى بناء المستشفيات فى الأقاليم وفى إنشاء

مستوصفات عديدة استوجبت استخدام عدد كبير من الأطباء وأغلب الظن أنها استوفت ما تطلبه هذه المنشآت من الأطباء .

وإنى لأرجو مخلصاً أن لا يزيد العدد الذى يفرض على كل كلية فى حدود إمكانياتها ، إذا شئنا أن تكون كلياتنا أداة لتخفيف آلام المرضى ، ونشر الوسائل الصحية فى بلادنا المصرية ، وفى أراضى شقيقاتنا فى البلاد العربية والأفريقية » .

إن عدد الطلاب الذين يمكن قبولهم فى كل كلية يتوقف على مساحات الإنشاءات ، والتجهيزات ، والإمكانيات العلمية والبشرية ، ولا شك أن المستوى المطلوب ، والكفاءة اللازمة للطبيب تتأثر كثيراً بعنصر العدد الذى يتلقى تعليمه فى كليات الطب .

لقد انتهت وزارة الصحة لبضعة سنوات قادمة على الأقل من مرحلة التوسع السريع فى الإنشاءات . ولذلك لم يعد من الضرورى الاستمرار فى نفس المعدل المرتفع لعدد الخريجين من كليات الطب سنويا ، بل ربما وجهنا ، إذا استمر الوضع على حاله ، بفائض من الأطباء يزيد عن حاجة المنشآت الجديدة . وهذه إحدى الأسباب التى دفعت وزارة الصحة إلى تشجيع هجرة الأطباء .

إن زيادة عدد الأطباء ، فى حد ذاته ، لا يؤدى إلى الغرض المطلوب من هذه الزيادة ، وهو الارتفاع بمستوى الخدمات الصحية ، بل يشكل عبئاً شديداً على المستشفيات والعيادات وعلى استهلاك الدواء .

لذلك أصبح من الضرورى إعادة النظر فى الأسلوب المتبع الآن ، وبذل الجهود المطلوبة للارتفاع بمستوى التعليم حتى يمكن أن نقرن الزيادة فى العدد ، بزيادة فى القدرة الطبية للخريج .

وهذا يتطلب فى نفس الوقت الاهتمام بالدراسات العليا ، وبهيئات التدريس ، وبالبحث العلمى . إن ارتفاع المستوى العلمى لطلائع الأطباء هى الضمان الأكيد للارتفاع بمستوى المهنة كلها . وكما هو الشأن فى كل تدريب وتعليم ، لابد أن

يقترن تخريج الأعداد الوفيرة من الأطباء ، بتخريج الأعداد القليلة نسبياً من الكوادر الفنية ذات التكوين العالى ، والعمق فى التخصص .

لقد أباح قانون الجامعات الحالى الدراسات العليا فى شتى فروع الطب ، الإكلينيكية والأكاديمية ، لكل كليات الطب . ومن ثم ففى كثير من الأحيان تبدأ الكليات هذه الدراسات العليا دون أن يكون لديها الاستعداد اللازم ، سواء من ناحية عدد أعضاء هيئة التدريس الذى يمكنهم ، ويسمح لهم وقتهم ، بالإشراف الفعال على هذه الدراسات العليا ، أو من حيث التجهيزات الإكلينيكية والمعملية ، مما ينعكس أثره دون شك على مستوى الحاصلين على الدرجات العليا تحت هذه الظروف .

لذلك يجب الإسراع فى استكمال مقومات الدراسات العليا . وفى الدراسات العليا ، وخاصة على مستوى الدبلوم ، يجب الاهتمام بالتمرين والتدريب العملى فى العلوم الإكلينيكية ، وهذا يستتبع الحد من عدد الطلاب المقبولين ، وأن يكون هذا العدد متناسباً مع الإمكانيات المتاحة . وهناك حل آخر هو الاستفادة من إمكانيات وزارة الصحة . وفى بعض البلدان مثل أمريكا ، لا يتعدى الدبلوم كونه فترة تدريب عملى فى فرع من فروع التخصص ، تمتد لمدة سنتين أو ثلاثة ، تحت إشراف أحد الأساتذة مباشرة .

ولكن إذا نظرنا إلى ما يحدث حالياً نجد أن كليات الطب تقبل مئات من طلاب الدبلوم ، ومن ثم تقتصر الدراسة إلى حد كبير على المحاضرات النظرية وحضور العيادة الخارجية ، والمرور بالمستشفى دون القيام بأى تدريب عملى . ولكثرة الأعداد لا يفيد الطلبة من ذلك الفائدة المرغوبة . ويحصل الطالب على دبلوم الدراسات العليا ، دون أن يكون قد زاد من خبرته العملية . وهذا الوضع ، كان وما زال ، موضع شكوى وزارة الصحة ، وغيرها من الهيئات التى يعين فيها الحاصلون على الدبلومات للعمل كأخصائيين .

والأجدى هو الاهتمام بالكيف وليس بالكم وحده . وربما كان الحل

المناسب لهذه المشكلة ، أن يعمل الطبيب الذى يتقدم للحصول على دبلوم الدراسات العليا كطبيب مقيم لمدة سنتين ، يحصل فيها على أقصى حد ممكن من الخبرة العملية والمران ، ويتفرغ للدراسة بحيث يستطيع أن يتعمق فى الفرع الذى قصد التخصص فيه .

أما فيما يتعلق بالبعثات فإن التوسع فى إرسال البعثات إلى الخارج للحصول على شهادة الدكتوراه ، أو ما يعادلها ، فى مختلف فروع التخصص سياسة تحتاج إلى إعادة نظر ، ليس من حيث المبدأ ، ولكن من ناحية التطبيق فيجب اختيار فروع معينة نحتاج بالذات إلى التعمق فيها . خصوصاً والفائدة العلمية الحقيقية من هذه الدراسات الأجنبية ، لا توازى فى كثير من الأحيان ، ما ينفق عليها من مال وجهد ووقت . وأن تدعيم دراساتنا العليا ، ورفعها إلى المستوى العالمى ، لابد أن يفى باحتياجات التطور من المؤهلين تأهيلاً عالياً . على أن تتبع ذلك سياسة متوسعة فى إرسال المبعوثين إلى الخارج من أجل التركيز العلمى ، واكتساب الخبرة والتدريب العملى .

وعند استعراض المنح والإجازات الدراسية ، والبعثات ، التى ترسل سنوياً إلى الخارج ، بما فيها تلك التى أرسلت خلال عام ٦٧ / ٦٨ يمكن ملاحظة بعض الثغرات الهامة ، وعلى رأسها أن جميع البعثات التى أرسلت فى فروع علاجية ، ولم ترسل بعثة واحدة للصحة العامة ، أو الطب الصناعى أو خلافه . أما فيما يتعلق بالمنح فقد تولت الهيئة الصحية العالمية خلال عام ٦٧ / ٦٨ إرسال ٢٥ طبيباً فى فروع الصحة العامة والإدارة الصحية بتقسيماتها المختلفة ، وأرسلت وزارة الصحة ٥٠ بعثة داخلية شملت جميع أقسام الطب الوقائى .

النقطة الثانية هى أنه ما زالت هناك تخصصات هامة لا ترسل فيها بعثات أو منح إلى الخارج مثل إدارة المستشفيات ، التخطيط الصحى ، الطب الصناعى . . . إلخ .

إن سياسة الدراسات العليا ، والمنح ، والبعثات ، تحتاج إلى عملية مراجعة

شاملة على ضوء التطورات الاجتماعية والصحية التى حدثت فى بلادنا ، بحيث تفى بحاجة المستقبل ، وتسمح بمواجهة المشاكل الطبية المتجددة ، وتساعد على سد الثغرات فى الطاقات الفنية التى تعانى منها المشاريع الصحية فى بلادنا .

٤ ــ إذا انتقلنا إلى هيئات التدريس ، بعد أن خصصنا الجزء الأكبر من اهتمامنا للممارسين العامين ، وأبرزنا أن التعليم الطبى الأساسى يجب أن يكون موجهاً نحو تخريج الطبيب الممارس العام ، وبعد أن تناولنا أهمية التخطيط لاحتياجات الخدمات الصحية ، وأهمية الاهتمام بمستوى الخريجين ، وأهمية إيجاد العدد الكافى من الأخصائيين للمشاريع المختلفة ، نجد أن كل هذا الحديث الطويل لا قيمة له إذا لم توجد هيئات التدريس القادرة على تعليم وتدريب مختلف فئات الأطباء .

ومن الحقائق المعروفة ، إلى جانب نقص هيئات التدريس عموماً فى الجامعات الجديدة ، أن توزيع المتخصصين فى فروع التعليم الطبى داخل الكليات ، لا يتفق مع احتياجات هذا التعليم . فبينما يكثر الإقبال نسبياً على بعض نواحى التخصص ، نجد نواحى أخرى تشكو نقصاً يعوقها عن القيام بأعبائها .

وفى هذا المجال يجب أن نشير بالذات إلى النقص الخطير فى العلوم الطبية وفى الصحة العامة بتقسيماتها المختلفة .

ففيما يتعلق بالعلوم الطبية[1] ، نجد أن عدد الطلبة بالنسبة إلى المدرسين فى السنوات الثلاث الأولى لكليات الطب هو ١ : ٥٥ . بينما الحد الأقصى يجب ألا يزيد عن ١ إلى ١٥ . وحتى نشجع عدداً متزايداً من الأطباء على قبول العمل فى أقسام العلوم الطبية لابد من زيادة الحوافز المادية فى هذه الأقسام بالذات ، ومضاعفة عدد المعامل ، وتدعيم الإمكانيات ، حيث إن هذه الأشياء بقيت ثابتة لا تتغير تقريباً ، بينما عدد الطلبة زاد خمسة أضعاف . وبهذا يمكن أن نتفادى

---

(١) العلوم الطبية هى التشريح ، والفسيولوجية ، والهستولوجية ، والكيمياء الحيوية ، والباكتيريولوجية والباثولوجية وعلم الطفيليات .

الإرهاق الذى يعانى منه أفراد هيئة التدريس ، وأن نرفع مستوى التدريس والبحوث ، ونعمق استفادة الطلبة .

وإذا تحدثنا عن الصحة العامة فإن هذه المسألة جد خطيرة .فى بلد مثل الجمهورية العربية تحتل مشاكل الصحة العامة مكان الصدارة ، فإن عدد المتخصصين فيها قليل للغاية . فى أقسام الصحة العامة ، والطب الوقائى ، تنخفض نسبة عدد الطلبة مقارنة بهيئة التدريس إلى ١ : ٢٥٠ .

وفيما يتعلق بالاحتياجات العامة فى السنوات الإكلينيكية نذكر أن المعدل المناسب لعدد الطلاب بالنسبة إلى عدد أعضاء هيئة التدريس هو ٥ : ١ أو ٧ : ١ . وقد تبين من الدراسات التى أجريت فى كلياتنا أن النسبة العامة هى ١ : ١٥ فى السنوات الإكلينيكية .

على أننا لو أضفنا المعيدين فى النسب المذكورة لتحسنت إلى حد كبير . ولكن من الناحية الأخرى ، فإن المعدلات التى أوردناها لا توضح كل الحقيقة . إن المعدلات الموجودة فى الخارج تشير إلى أعضاء هيئة التدريس الذين يعطون كل وقتهم وجهودهم لعملهم الجامعى ، أى إلى المتفرغين . فإذا أخذنا أعداد المتفرغين الضئيلة عندنا لأصبحت تلك المعدلات فى حاجة إلى تعديل . ولنا أن نتذكر أن عدد أعضاء هيئة التدريس وصل إلى ٧٣٢ فى كليات الطب مجتمعة سنة ٦٤ / ٦٥ منهم ٢٢٦ أكاديمياً و ٥٠٦ إكلينيكياً ، وأن نسبة الذين كانوا يزاولون المهنة فى العيادات ، والمستوصفات ، والمستشفيات ، والمعامل الخارجية ، وصلت إلى ٤٣ ٪ فى المجموعة الأولى ، و ٩٠ ٪ فى الفئة الثانية ، مما يسبب نقصاً حقيقياً ، وإن لم يكن ظاهرياً ، فى مجموع الجهد المبذول للتدريس .

وحتى يعالج هذا الوضع لابد من وضع نظام ملائم لتفرغ أعضاء هيئة التدريس ، واستكمال المعامل ، وإمكانيات البحث ، وتوفير مستوى مادى مناسب للذين يقبلون إعطاء كل وقتهم لمهام التدريس والبحث فى الكليات ،

والمستشفيات ، حتى يمكن أن يجد أعضاء هيئة التدريس التعويض العلمى والمعيشى مقابل تضحيتهم بالعمل فى عياداتهم الخاصة .

وإذا خصصت أجزاء من المستشفيات الجامعية لإقامة المرضى بالأجر ، وإذا خصصت أجزاء من العيادات الخارجية لعلاج المرضى بالأجر ، يكون من السهل على الطبيب أن يستقبل مرضاه الخصوصيين بالمستشفى ، وأن يمنح راتباً مناسباً ، ويحصل على جزء من أتعاب الكشف والعلاج للمرضى الذين يدخلون الأقسام الخاصة . وهذا هو ما يسمى بنظام التفرغ الجغرافى الذى يمكن تطبيقه فى ارتباط بمشروع العلاج بأجر فى المستشفيات الجامعية .

وأخيراً لابد من أن نؤكد مرة أخرى أنه إذا كان من حق الطبيب كفرد أن يسلك ، فى حدود الخطة العامة للخدمات الصحية ، الطريق الذى يعتقد أنه يحقق له الكسب المادى أو الأدبى الذى ينشده ، إلا أن التعليم الطبى الذى تقوم به الدولة يجب أن يضع فى المقام الأول احتياجات البلاد لفئات الأطباء المختلفة . وكذلك يجب ألا تندفع كليات الطب فى إنشاء الدراسات التخصصية فى الفروع المختلفة حسب رغبات المتقدمين إليها ، بل يتعين عليها ضماناً لمصلحة البلاد ، التزام نسبة معينة فى تلك الدراسات ، تراعى فيها عدد الخريجين عامة حتى لا نجد الأقسام الإكلينيكية مكتظة بطلبة الدراسات العليا ، بينما أقسام العلوم الطبية لا تجد إقبالاً .

وهذا ينطبق أيضاً على الأخصائيين الذين يوجد بينهم ، كما ذكرنا ، نقص شديد فى بعض الفروع ، مثل الأشعة ، والتخدير ، والرمد ، وأقسام الصحة العامة المختلفة ، وعلى الأخص الطب الصناعى . وهذا يتطلب أيضاً تحديد عدد الطلبة فى فروع الدراسات العليا بما يتلاءم مع احتياجات المشاريع الصحية .

إن التخطيط الدقيق لاحتياجات البلاد من القوة البشرية الطبية جزء لا يتجزأ من ى تخطيط سليم للخدمات الطبية .

أسلوب الدراسة . . . نظمها وبرامجها

أوضحنا فى الأجزاء السابقة نوع الطبيب الذى نريده ، وقلنا إن خطة الدراسة فى كليات الطب يجب أن تهدف أساساً إلى تكوين الممارس العام القادر على العمل بكفاءة فى القرى ، والمصانع ، وفى الأحياء داخل المدن ، قادر على مواجهة المشاكل الصحية بروح عالية ، وعلى المشاركة فى المشاريع المختلفة التى تشرف عليها وزارة الصحة بصفته أحد الفنيين فى جيش المناضلين ضد المرض .

وهذه الأهداف ترتبط ارتباطاً وثيقاً ، كما قلنا ، بمختلف المعارك التى يخوضها مجتمعنا ، وتحتاج إلى تطوير ثورى لنظم التعليم الطبى .

ويتطلب هذا التطوير الثورى ألا يوجد تفاوت فى الظروف الموجودة داخل الكليات ، وبين واقع المرضى فى العلاج ، وظروف العمل بعد التخرج ، ينبغى ألا تكون الكليات معزولة عن مشاكل التنظيم الصحى ، وممارسة الطب فى الحياة اليومية ، أن تكون قادرة على دراسة مشاكل الممارسة وتطويرها . أن ترتبط بواقع الحياة والنضال العملى ضد المرض فى مجتمعنا .

فما هى إذن عناصر التطور الثورى الذى نريده فى نظم التعليم الطبى .

١ ــ الربط بين الدراسة والتطبيق فى أسلوب الدراسة وبرامجها

(١) نظام التكامل :

فى السنوات الأولى حيث يركز طالب الطب جهده الأساسى فى تحصيل العلوم الطبية ، يجب ألا يتم تدريس هذه العلوم بطريقة أكاديمية ، لا ترتبط بالاستخدام العملى للمعلومات المحصلة ، بمعنى أن التشريح مثلاً لابد من أن يرتبط بالجراحة ، وأن تدرس تكوينات الجسم البشرى فى علاقتها بالعمليات الجراحية وفى الحدود التى تفيد هذه الناحية ، والباكتيريولوجية (علم الميكروبات) تدرس فى تداخل وثيق مع التحليلات المعملية ، واستخدام الأمصال ، والجوانب

الخاصة بالمناعة ومقاومة الجسم ، والباثولوجية (علم الأجهزة والأنسجة والخلايا المريضة) .

ومن ناحية أخرى فينبغى النظر إلى المريض باعتباره وحدة إنسانية كاملة تجمع أجزاء منفصلة بعضها عن بعض ، ولكنها مرتبطة فى نفس الوقت .

لذلك وجب أن يكون أسلوب التدريس لمواد العلوم الطبية المختلفة على أساس التنسيق فيما بينهما بما يتمشى مع فكرة الوحدة البيولوجية للمريض .

وتمشياً مع هذه الفكرة قدمت وزارة الصحة مشروعاً إلى مؤتمر التعليم الطبى المنعقد فى فبراير سنة ١٩٦٧ للدراسة فى المرحلة الأساسية والمرحلة قبل الإكلينيكية على النحو التالى :

المرحلة الأساسية (مدتها سنتان دراسيتان)

يعتبر علم التشريح ، وعلم الأجنة ، وعلم الهستولوجية ، مجموعة واحدة ، كما يعتبر علم الفسيولوجية ، وعلم الكيمياء الحيوية ، مجموعة ثانية . ويسير التدريس فى هاتين المجموعتين جنباً إلى جنب بالنسبة لكل جهاز أو عضو فى الجسم . وذلك لكى يتعلم طالب الطب تشريح العضو مع تكوين أنسجته ، مع وظائفه ، مع العمليات الكيماوية الحيوية التى تتم فيه .

المرحلة قبل الإكلينيكية (مدتها سنة واحدة)

يعتبر علم الأمراض ومسبباته مجموعة واحدة تشمل الباثولوجية التشريحية والإكلينيكية ، والباكتيريولوجية وعلم الطفيليات ، ويعتبر علم طرائق التشخيص مجموعة ثانية تشمل التشخيص الإكلينيكى والمعملى ، ويوضع علم العقاقير وجرعاتها فى مجموعة ثالثة ، على أن يتم التدريس فى هذه المجموعات الثلاث جنباً إلى جنب فى الجهاز الواحد ، أو العضو الواحد من الجسم . وذلك لكى يتعلم طالب الطب أمراض الجهاز أو العضو ومسبباته ، وطرق تشخيصه وما يحتاجه

من فحوص معملية ، ثم العقاقير المستخدمة لعلاجه ومدى فعالية جرعاتها .

وفى جامعة أندنبورا يطبق نظام رائع اسمه « المنهج المجمع » يجتمع أساتذة المواد كل أسبوع ويقررون سوياً الموضوع الذى سيحاضر كل منهم فيه ، بهدف توحيد الموضوع . وعلوم السنة الثالثة تشمل الباثولوجية والباكتيريولوجية ، والفارماكولوجية والأمراض الباطنية والجراحة . ويتفق الأساتذة مثلاً على موضوع مثل التهاب الغشاء الداخلى للقلب . فيتناول الأساتذة كل واحد منهم بدوره هذا الموضوع من الزاوية التى تدخل فى اختصاصه .

إن اتباع نظام التكامل فى التعليم يوفر الجهد والوقت ويزيد من نسبة التحصيل . فمثلاً أمراض الغدة الدرقية يمكن شرح صفتها التشريحية التطبيقية ، ووظيفتها ، وأمراضها ، وجراحاتها ، فى ندوة يشترك فيها أساتذة التشريح ، وأساتذة وظائف الأعضاء ، والباطنيون ، والجراحون إلخ . .

ومن مميزات نظام التكامل ، بجانب أنه يعطى نظرة شاملة وعملية للعلوم الطبية ، هو أنه يسمح باختصار مدة الدراسة .

(ب) التركيز على الجانب التطبيقى :

من أهم السمات التى يجب أن يتميز به التعليم الطبى هو التركيز على الجوانب العملية فى الدراسة الطبية ، وإعطاء الطالب أكبر قدر ممكن من التجربة والخبرة والقدرة على ممارسة التشخيص والعلاج . لابد أن يدرس طالب الطب فى قاعات المستشفى على المرضى ، وذلك بأن تخصص أربع ساعات يومياً على الأقل للعمل فى المستشفى ، وأن يبدأ تردد الطالب عليها منذ السنة الثانية ، التى يمكن تكريس بعض الوقت خلالها لهذا الجانب من الدراسة (٢٥ ساعة فى الشهر مثلاً) .

ويمكن تحقيق هذا الهدف بأفضل صورة إذا ما قسم الطلبة إلى فرق صغيرة ، على أن يخصص لكل فرقة عضو من أعضاء هيئة التدريس ليكون مسئولاً عنها بشكل ثابت خلال السنة . ويسمح هذا النظام بفرض رقابة ومتابعة على مدى

تقدم الطالب ، وبعمل مناقشات ودراسات جماعية حول الحالات ، وحول مختلف جوانب التشخيص والعلاج .

وفى هذا المجال يجب التركيز على أهمية العيادة الخارجية حيث يتوافد المرضى وهم أقرب ما يكونون إلى الوضع الذى سيواجهون به الممارس العام عند قيامه بمزاولة مهنته فى أى قرية من قرى الريف ، أو أى حى من أحياء المدينة . فالمريض يأتى من البيئة مباشرة بكل أمراضها وظروفها ، مما يسمح للطالب بأن يكون صورة واقعية عن المرض والأمراض فى البيئة المصرية ، وأن يرى بعينه مختلف الحالات المرضية التى تعترض السكان .

ومن المهم أيضاً إعطاء كل طالب عدداً من الحالات ليتتبعها ، ليس فى المستشفى فقط ، ولكن أيضاً فى العلاج المنزلى ، وأن يقوم بزيارة المريض ، ودراسة ظروفه ، وتتبعه منذ أن يحضر إلى العيادة الخارجية حتى يعود إلى حالته الصحية الطبيعية . بهذه الوسيلة ستتكون لدى الطالب خبرة العمل داخل المستشفيات وفى الأحياء والقرى وسط السكان . وستتكون لديه فكرة واقعية عن المرضى ، وظروفهم الاجتماعية التى يجب أن يكتب عنها ملاحظات تفصيلية ، وأن يسجل مشاهداته وخطوات العلاج المختلفة .

وفى نطاق هذا الأسلوب التطبيقى للدراسة يدخل التدريب على أعمال طبية متنوعة فى قاعات المستشفى ، والعمليات المعملية المختلفة (مثل التحليلات ، وتحضير الأمصال ، والفحوص وأخذ العينات) وممارسة عدد معين من حالات الولادة ، وكل أوجه التمريض ، ورعاية المرضى خلال فترة المرض ، والنقاهة بعد المرض ، أو إجراء عملية من العمليات . كذلك الحقن ، وجميع الإسعافات الأولية ، والغرز الجراحية ، والعمليات البسيطة ، مثل فتح الخراريج ، والتدريب على قراءة الأشعات ، والكشف على المرضى بالأشعة النظرية ، والقيام بالتحليلات المعملية البسيطة . وكل هذه الأعمال هى جزء أساسى من الواجبات التى سيقوم بها الممارس العام فى المدينة والقرية . ومن المفيد

أن تستغل فترة الإجازة الصيفية ، ويخصص أسبوعان للتمريض مثلاً وأسبوعان للتدريب على العمليات المعملية .

ويمتد هذا التدريب المعملى إلى ميادين أخرى من شأنها أن تجعل من خريج كلية الطب عنصراً فعالاً فى إنجاح المشاريع الصحية المختلفة ، وقادراً على المساهمة فى الحملة التى تشنها الدولة على المرض ، نذكر منها دراسة نظم التمريض المطبقة حالياً ، ومستويات الخدمة الصحية فى المدينة والقرية ، والتنظيمات التى تخضع لها ، والعلاقة بين الأطباء من ممارسين عامين وأخصائيين واستشاريين فى إطار هذا التنظيم . كما يجب أن يعطى طالب الطب فكرة عن بعض المسائل التى تتعلق بالعمل الذى سيقوم به بعد التخرج فى منشآت الريف الصحية ، أو فى المدينة ، وهى المشتروات والعهد الطبية ، والحسابات ، والسجلات .

إن التخطيط الصحى ، وبرامج مكافحة الأمراض ، والمشاريع المختلفة فى المدينة والريف ، قد أصبحت جزءاً أساسياً من الخدمات الصحية . ولا يستطيع الطبيب أن يعمل فى ظلها ويساهم فيها إذا لم يكن مدركاً للأسس التى تنبنى عليها . لذلك ينبغى أن يعطى فكرة أولية عن التخطيط الصحى فى الجمهورية العربية المتحدة ، وعن برامج مكافحة الأمراض ، وعن المشاريع العلاجية فى المدينة والقرية .

وهذا يتطلب أن تكون مبادئ علم الإحصاء ضمن المقررات التى تدرس لطالب الطب فى الكلية . إن الإلمام بهذه المبادئ أصبح إحدى أسلحة الطبيب الذى يريد أن يساهم فى دراسة المشاكل الصحية للمجتمع ، وفى المعركة ضدها وعلى الأخص ، حملات استئصال الأمراض المتوطنة والمعدية ، ومشاكل الأمراض المهنية المرتبطة بالصناعة ، وتنظيم معدلات العلاج فى التأمين الصحى إلخ . . . والواقع أنه من المستحيل أن يعمل أى تخطيط علمى للخدمات الصحية ، بل أى مجهود منظم للوقاية أو العلاج من الأمراض ، دون قدر متزايد من الإحصاءات الدقيقة .

وفى الحديث عن الارتباط بين الدراسة والتطبيق هناك مجموعة من المسائل تحتاج إلى عناية خاصة . منها مثلاً الدراسات الحقلية والميدانية التى تساعد على إعطاء الطالب فكرة ملموسة عن المعركة التى نخوضها ضد المرض ، والمشاريع المرتبطة بتلك المعركة . فإن دراسة النظم الصحية على الطبيعة ، والعمل لفترات محدودة فى المنشآت الصحية المختلفة فى الريف ، والمدن ، والعيادات الشاملة ، والمستشفيات ، وتتبع نظم التأمين الصحى على مستوياتها ، ونظم الأمن الصناعى ، ونظم الصحة العامة ، وتحسين البيئة ، والمشاركة فى الحملات على الأمراض المتوطنة ، وفى فرق المقاومة التى تعمل على إبادة البعوض ، أو قواقع البلهارسيا ، أو القضاء على حشرات أخرى ، ودراسة نظم الحجر الصحى ، هى تشكل جزءاً هاماً من تكوين الطالب لمسئوليات المستقبل وتوعيته بها .

ويمكن خلق علاقة بين المستشفيات الجامعية وبعض المنشآت الصحية فى الريف ، (وحدات ريفية ومجموعات صحية) وكذلك مع المستشفيات ، والعيادات الشاملة ، والعيادات العادية ، التى تخدم منطقة صناعية معينة ، بحيث يساهم الأطباء الجامعيون فى تدعيم هذه الخدمات ، وتفتح فرص أمام الطلبة للتدريب فيها ودراستها عن قرب . وقد خطت جامعة أسيوط بعض الخطوات فى هذا الاتجاه فى حدود المناطق الريفية المجاورة .

إن إدخال الدراسات الميدانية فى التعليم الطبى تسمح للطالب بأن يتعرف على ملامح المرض بصورته الحقيقية فى المجتمع ، وعلاقة الصحة والمرض بظروف البيئة ، وبالمستويات الاجتماعية المختلفة .

إن فكرة تخصيص منطقة جغرافية معينة تقوم على خدمتها كل مستشفى ، ومن بينها المستشفيات الجامعية تهدف ، من بين ما تهدف إليه ، إلى تحقيق جزء من أغراض الدراسة الميدانية ، وهى ألا تقتصر الدراسة على التعليم بالمستشفيات الجامعية على وضعها الحالى ، حيث لا يرى الطالب الحالات المرضية إلا فى حالة متقدمة ، أو بها مضاعفات ، أو مصابة بعلل شاذة تصلح لتعليم طلبة الدراسات

العليا . كما أن الاهتمام بالعيادة الخارجية يهدف أيضاً إلى تعويض هذا النقص .

وتحقيقاً لهذا الغرض ، من المهم أن يخصص للتدريب الميدانى إحدى الفترات فى المرحلة الإكلينيكية بصفة دورية ، مدتها شهران على الأقل ، على أن تكون فى النصف الثانى من هذه المرحلة ، بعد أن يكون الطالب قد حصل على قدر كاف من المعلومات الإكلينيكية ، تؤهله للنزول إلى الميدان ، على أن تخصص ثلث فترة التدريب الميدانى للعمل فى مجتمع ريفى ، وثلث فى مجتمع حضرى ، والثلث الثالث للتعرف على مختلف الخدمات الطبية والصحية .

وكانت إحدى المواضيع الرئيسية التى عرضت على المؤتمر العالمى الثالث للتعليم الطبى المنعقد فى نيودلهى من ٢٠ إلى ٢٥ نوفمبر ١٩٦٦ « التعليم الطبى والبناء القومى » وقد جاء من ضمن القرارات المتعلقة به ما يلى :

١ — إن برامج التعليم الطبى يجب أن تحتوى على القدر اللازم من المستوى العلمى ، وإلى جانب ذلك يجب أن تمتد إلى خارج المحيط التقليدى من معامل ومستشفيات إلى المريض فى بيئته .

٢ — إن هذا يستدعى إدخال دراسات المجتمع ، وخاصة ما يمكن أن يتصل منها بناحية الصحة والمرض ، فى برامج التعليم الطبى ، من الوجهة النظرية والعملية .

٣ — إنه من المستحسن أن يكون تعريف الطالب بالبيئة فى مرحلة مبكرة من تعليمه الطبى قبل أن يتعود على طرق تفكير لا تألف ذلك .

٤ — إن خير وسيلة لتحقيق ذلك هو أن ترتبط مدارس الطب بمناطق بيئية محددة جغرافياً تساهم مساهمة فعالة فى الخدمة الصحية والطبية بها .

ومما لا شك فيه أن تجنيد الطلبة فى أعمال الحملات الصحية سيكون ذا فائدة كبيرة . فمن ناحية يمكنهم القيام بدور فعال فى هذه الحملات إذا نظمت بطريقة جماهيرية ، وإذا ما اقترنت بالتثقيف الصحى على أوسع نطاق ، ومن ناحية أخرى فهى وسيلة فعالة لحصول الطلبة على التدريب ، وعلى خبرة عملية لها قيمتها ،

ليس فى مجال المهنة وحدها ، ولكن أيضاً فى المجال الاجتماعى ، وفى الارتباط بالشعب فى عمل مشترك .

ويمكن تنظيم الطلبة فى فرق تقوم بهذا العمل وتشترك فى الحملات .

وحصيلة العناصر المختلفة التى ذكرناها هى التى تخلق الأسلوب القادر على ربط الطالب مع الحياة الواقعية فى بلادنا ، بجماهير الشعب ، وبالمشاكل المختلفة التى يواجهها وعلى الأخص فى المجال الصحى . ولذلك ينبغى أن يمتد إلى الدراسات العليا التى يقوم بها الأطباء بعد التخرج ، على أن تربط هذه الدراسات بالمشاكل الصحية فى المدن والريف ، وأن تدرس على الطبيعة وبالمناقشة مع العاملين وخلال العمل وسطهم .

(ح) دور اتحادات الطلبة :

فى إعداد الطالب لحياته العملية كطبيب ، آن الأوان لكى تقوم اتحادات الطلبة ومنظمات الشباب بدورها فهى تستطيع أن تكون قوة منظمة منشطة ، عظيمة الأثر ، وأن تساهم فى جميع نواحى الحياة الجامعية . إن المساهمة فى إدارة الكليات عن طريق مندوبين منتخبين فى مجالس الكلية ، سيعود الطلبة على إدارة شئونهم بأنفسهم ، وعلى ممارسة الديموقراطية الاشتراكية ، والاهتمام بشئون الطلبة ، وإيجاد الحلول لمشاكلهم العديدة ، مثل توفير الكتب ، والمحاضرات بكميات كافية وأسعار مناسبة . وإيجاد السكن الملائم بالتعاون مع السلطات فى الجامعة ، ومع الإدارات الأخرى المعنية . وأن تدعم نظام الأسر ، وتنشيط الحياة الاجتماعية والرياضية والثقافية والفنية ، والإشراف على أسلوب حياة الطلبة وتصرفاتهم ، ومدى اهتمامهم بالحضور والدروس وبالمذاكرة ، والمساهمة فى الإجراءات الخاصة بالتأديب على أن تتبع أساليب ودية فى كل الحالات ، وتجنيد الطلبة فى العمل اليدوى أثناء الإجازات ، عن طريق المشاركة فى الحصاد ، أو إقامة الأبنية المختلفة ، أو حتى فى بعض الأعمال داخل المصانع ، إن كل

هذه الأعمال تهدف فى النهاية إلى الربط بين التعلم فى كلية الطب ، وبين التطبيق والعمل فى الحياة .

إن مثل هذا النشاط المتعدد الجوانب ، من شأنه أن يربط الطالب بحياة الشعب ، ويغرس فيه قيم الاحترام للعمل اليدوى . إنه يساعد على خلق المفاهيم السليمة عن المجتمع الذى يعيش فيه ، وعلى تربية روح المبادرة والقدرة على إدارة الشئون المختلفة . إنه يبث روح الديموقراطية السليمة ، ويجعل من جماهير الطلبة ضميراً حيًّا يشرف على حياتهم ،وعلى تحصيلهم للعلم، واستفادتهم من الدراسة . إنه أخيراً يساعد على حل كثير من المشاكل التى تواجه الطلبة أثناء سنى الدراسة فى الكلية .

٢ ــ الربط بين الدراسة والتطبيق فى الأبحاث الطبية

إن مراكز البحث العلمى فى بلادنا مطالبة فى هذه المرحلة من النضال ، وبشكل ملح أن تطور نفسها بحيث يكون العلم حقًّا للمجتمع . وأشار الميثاق إلى أن « العلم للعلم » فى حد ذاته مسئولية لا تستطيع أن تتحملها طاقتنا الوطنية فى الظروف الانتقالية الصعبة التى نمر بها . وميدان العلوم الطبية هو أكثر الميادين اتصالاً بالمجتمع بل والشعب جميعاً .

ومن الأسس المتفق عليها بعد تجارب السنين هو أن البحث العلمى يجب أن يوجه إلى خدمة الإنتاج حتى يمكن زيادة الإنتاج بالمعدل المطلوب ، ورفع مستوى المعيشة بين الجماهير الكادحة . بالقدر الذى يتفق مع متطلبات عصر الطاقة الذرية والكهربية ، والتقدم العلمى الهائل الذى لم تعد له حدود .

لذلك أصبح لزاماً علينا أن نوجه البحث العلمى فى كليات الطب إلى خدمة المجتمع بالتركيز على المشاكل الطبية القومية التى ترتبط ، فى نفس الوقت ، بالمشاكل الصحية فى البلاد النامية بصفة عامة .

إن المشكلات الصحية العديدة التى تعانى منها البلاد النامية ، ومن بينها

الجمهورية العربية المتحدة ، وكذلك الإمكانيات المادية المحدودة نسبيًا التى ما زالت إحدى المصاعب الأساسية التى نواجهها ، تحتم علينا ضرورة التخطيط الدقيق للبحوث العلمية ، لا داخل كليات الطب فحسب ، بل على نطاق جميع مراكز البحث الطبى ، بحيث ترتبط بالمشاكل الصحية التى نعانى منها ، والتى تتميز بها بلادنا .

وهناك بعض الظواهر التى لازمت تعثر البحث العلمى حتى الآن :

١ ــ تفرق البحوث التى يجريها الباحثون ، وعدم وجود اتصال مباشر بينها وبين أغلب المشكلات الصحية التى تواجه المجتمع .

٢ ــ تفشى الروح الفردية وانعدام روح الجماعة فى إجراء البحوث .

٣ ــ ارتباط البحوث بالترقية والتعيين فى وظائف التدريس مما أدى إلى اعتبار الكم هو الهدف الأسمى للباحث العلمى بدلاً من الكيف .

٤ ــ ضعف الميزانيات المخصصة للبحوث نتيجة لعدم وجود خطة علمية واضحة ، وتفشى الأساليب الفردية فى البحث كما أن المبالغ الصغيرة المخصصة للبحث كانت توزع طبقاً للنزعات الشخصية دون النظر إلى الأولويات ، أو الاحتياجات الفعلية ، مما أدى إلى تفرق الإمكانيات المعملية ، والأجهزة الدقيقة ، على أقسام أو مراكز معينة دون الأخرى ، وأصبح استعمالها مقصوراً على طائفة محدودة تحت ستار المحافظة عليها . وهكذا ظهر نوع من الاحتكار بل والطبقية العلمية .

وإزاء هذا الوضع ، وإزاء ضرورة وجود تخطيط دقيق للبحوث العلمية الطبية ، يرتبط باحتياجات البلاد من الناحية الصحية ، ينبغى أن تتحدد بعض الخطوط الرئيسية وهى :

أن تتكون هيئة طبية عليا تابعة لأكاديمية العلوم ، تضع خطة البحوث الطبية وتوزعها على مختلف الهيئات بما فيها كليات الطب . وتكون هذه الهيئة

الجهاز الوحيد المشرف على البحوث ، والذى يتلقى من الجهات الصحية والطبية المختلفة اقتراحاتها واحتياجاتها . فمثلاً تقوم وزارة الصحة بحصر المسائل التى تريد دراستها وإجراء البحوث فيها ، وترسلها إلى الهيئة الطبية العليا ثم تقوم هذه الهيئة بتوزيع جزء منها على كليات الطب وجزء على المركز القومى للبحوث ، وجزء على وزارة الصحة إلخ .

بهذه الوسيلة ستكون البحوث التى تقوم بها هذه الكليات مرتبطة بخطة الدولة وبالاحتياجات الفعلية التى تحس بها الجهات المنفذة للمشاريع الصحية وعلى الأخص إدارات وزارة الصحة المختلفة .

وينبغى أن توضع أولويات هذه البحوث بحيث ترتبط أساساً بالأمراض التى نعانى منها ، وفى مقدمتها الأمراض المتوطنة . لابد من أن نبتعد أكثر فأكثر عن إجراء البحوث المعزولة عن واقعنا ، المرتبطة أساساً بحلقات البحث الأجنبية ، وبالمشاكل التى توليها هذه الحلقات اهتمامها ، وعن الركض وراء المشاكل النادرة الشاذة التى قد يكون لها « طعم » أكاديمى ، ولكنها تفتقد قيمتها العملية بالنسبة إلى بلادنا .

وقد آن الأوان لكى تهتم الكليات الطبية بإجراء البحوث ، والدراسات الميدانية ، التى تهدف إلى تقييم الخدمات الصحية ، واكتشاف النواقص التى تعانى منها ، وسبل تطويرها . ولقد كان المرحوم الدكتور أنور المفتى سباقاً فى هذا الميدان ، فبهذه الوسيلة يمكن لكليات الطب أن تتفادى الطابع الأكاديمى المعزول ، وأن تحيا فى صميم مشاكلنا الصحية ، وأن تنعكس هذه الروح على هيئة التدريس ، وبالتالى على جميع الخريجين فى كليات الطب . كما تساعد هذه الدراسات على أن تساهم الجامعة بأفكار واقتراحات يمكن أن تكون لها قيمة كبيرة فى تطوير الخدمات الصحية ، وحل بعض مشاكلها الهامة .

ومن شأن هذا الأسلوب أيضاً أن يفتح الباب لإعادة تربية بعض أعضاء هيئة التدريس بعقلية جديدة تقربهم من الشعب .

وأن انتشار استخدام الأدوية وعددها المتزايد ، وكذلك ضرورة تشجيع الصناعة الوطنية للأدوية وتطويرها ، وتعويد الأجيال القادمة من الأطباء على استعمالها ، وعلى المساهمة فى دراستها من الناحية العلمية ، يتطلب أن يكون للطبيب معرفة بها ، وقدرة فى الحكم على قيمة كل دواء . لذلك يجب أن تقوم كليات الطب بتقييم الأدوية للأطباء والطلبة ، وأن تهتم بالبحوث الدوائية ، وبدقة المواصفات العلمية التى تكتبها شركات الأدوية فى نشراتها ، وموادها الإعلامية . والأمر يتطلب أيضاً أن تتضمن دراسة كليات الطب محاضرات عن الفارماكولوجية الإكلينيكية (أى تأثير الأدوية ، والعقارات ، والمواد المختلفة على الجسم السليم والمريض) مبنية على الفارماكوبية المصرية .

وحتى تتم كل هذه البحوث على أكمل وجه فليست هناك وسيلة أفضل من تكوين فرق البحاثة التى تتبع كل منها أحد الأساتذة ، وتقوم بالعمل فى مشكلة معينة ، أو عدة مشاكل مرتبطة ، وتنسق عملها مع الفرق الأخرى التى تعمل فى بحوث متقاربة ، وتتلقى المعلومات الوافية عما يتم فى الخارج من بحوث فى نفس المشاكل . كل ذلك تحت إشراف الهيئة العليا التى أشرنا إليها .

إن مساهمة أطباء الجامعات فى البحوث والدراسات التى تعمل داخل المنشآت الصناعية ، أو فى الريف عن طريق وزارة الصحة ، وتمويل البحوث عن طريق بعض المؤسسات والشركات ، والتنسيق بين الأقسام والكليات المختلفة ، يجب أن تصبح إحدى السمات المميزة للبحث العلمى فى بلادنا .

برامج التعليم الطبى

إن التقدم السريع ، والتغير المستمر الذى يتم فى ميادين العلوم الطبية يجعل من المتعذر ، حصر جميع العلوم فى برامج الكليات ، وحشد جميع المعلومات فى عقول الطلبة ، مما يتطلب إعادة دراسة مستمرة للمناهج ، بحيث يلغى كل ما أصبح قديماً ، أو يعتبر تفصيلياً ، أو قليل الفائدة من الناحية العملية ، مع

إضافة التطورات الجديدة الهامة . ويجب أن تتم هذه العملية فى ضوء الهدف الأساسى من التعليم الطبى وهو تكوين الممارس العام الكفء .

١ ـ التعليم الثانوى :

أشرنا فيما سبق إلى ضرورة الربط الدقيق بين التعليم الثانوى والدراسة فى الكليات العلمية . وقد قدمت مؤتمرات تطوير التعليم الجامعى توصياتها بشأن التعليم الثانوى ، ولم يؤخذ بها حتى الآن . ولابد من إعادة النظر فى مراحل التعليم السابقة على التعليم الجامعى باشتراك ممثلى الجامعات ، وبعض الوزارات والمؤسسات التى تعمل فى القطاع العام .

ومن المفيد فصل مرحلة التعليم الثانوى إلى ثلاث شعب : آداب وعلوم ورياضة.

وفيما يتعلق بشعبة العلوم ينبغى الاهتمام باللغة الإنجليزية والمصطلحات العلمية ، مع التركيز على علم الأحياء ، والكيمياء والطبيعة . وهذا لايعنى إهمال الإنسانيات والعلوم الاجتماعية التى يجب أن تشكل جزءاً من المنهج . ولكن عند التقدم للالتحاق بكليات الطب من المهم أن يوضع فى الاعتبار ، إلى جانب المجموع العام ، المجموع الخاص بالمواد العلمية الذى حصل عليه الطالب . وعلى أية حال فلابد من تعميق وتوسيع مقرر العلوم فى المرحلة الثانوية ، والتمهيد لهذا منذ السنة الثانية . .

٢ ـ المرحلة الإعدادية :

يتجه رأى المختصين إلى إلغاء هذه السنة ، وضمها إلى مرحلة العلوم الطبية ، والمراحل التالية عن طريق اتباع نظام التكامل فى الدراسة . فقد دلت الخبرة على أن ما يتلقاه الطلاب فى الدراسة الإعدادية فيه تكرار كثير لما تلقوه من دراسة فى نفس المواد خلال المرحلة الثانوية . وهناك شبه إجماع على ضرورة إلغاء علم النبات من المناهج ، والاهتمام أساساً بالكيمياء ، والطبيعة ، والإحياء ، مع

التركيز فقط على الجوانب المرتبطة بالطب وعلى الاكتشافات والمعلومات العملية الحديثة واختصار المنهج على هذا الأساس .

٣ ــ مراحل العلوم الطبية والمرحلة الإكلينيكية :

(ا) مع اتباع نظام التكامل يقترح التقليل إلى درجة كبيرة من التفاصيل فى التشريح ، والفيسيولوجية ، أثناء مرحلة العلوم الطبية . وكذلك يقترح إلغاء الطب الشرعى مع إضافة السموم للفارماكولوجية الإكلينيكية . وهذا يسمح بالتوسع فى علوم أخرى أصبح من الضرورى زيادة الاهتمام بها . وفيما يتعلق بجميع العلوم الطبية : فسيولوجية ، كيمياء حيوية ، والعلوم الفنية : باثولوجية ، باكتيريولوجية إلخ ، يجب التركيز على النواحى العلمية والعملية الهامة وإلغاء كل الأجزاء التى لا تفيد مباشرة فى فهم مشاكل الصحة والمرض .

(ب) لا بد من الاهتمام بالأمراض المنتشرة ، والمشاكل الصحية الحيوية . وهنا نؤكد مرة أخرى أهمية الطب الوقائى والصحة العامة ، وضرورة تدريس الجانب الوقائى إلى جوار الزوايا العلاجية لكل مرض . إن الأمراض المتوطنة ، والأمراض المهنية ، (طب الصناعات) وأمراض العيون ، وأمراض الأطفال ، يجب أن تحظى باهتمام خاص . وفيما يتعلق بطب الأطفال نظراً لخطورته ، ولارتفاع نسبة الوفيات فى الأطفال ، ونظراً لأهمية تنشئة جيل قوى للمستقبل فى مجتمع يبنى نفسه ، ينبغى تخصيص دورة تدريبية كاملة له (ثلاثة أشهر) كما أن الأهمية المتزايدة للطب الصناعى أصبحت مسألة بديهية . فالسنين الأخيرة رأت حركة تصنيع واسعة ، والسنين القادمة سترى استمراراً ، بل وربما تعميقاً ، لهذه الحركة . وإلى جانب طب الصناعات ، بوصفه أحد الفروع الجديدة ، قفزت الأمراض النفسية ودراسات علم النفس إلى مكان الصدارة . وهذا ينطبق أيضاً على طرق العلاج الطبيعى ، والتأهيل المهنى ، التى ارتبطت جميعها بالتصنيع ، والتقدم الحضارى ، ونمو المدن ، وما يصاحب كل ذلك من ضغوط

نفسية ، وإصابات عمل ، ومشاكل أخرى ، لم نكن نعرفها من قبل . وهذه المسألة مرتبطة أيضاً ارتباطاً وثيقاً بالصحة العامة فى المدن ، ومشاكل تلوث البيئة ، والتوسع الضخم فى الإنشاء ، ومشاكل سكانية صحية تتعلق بالتموين ، والتغذية ، والمرافق ، وتخطيط المدن ، وأساليب البناء ، وطريقة إنشاء المصانع .

وتحتل الدراسات الريفية من حيث الواقع الاجتماعى ، والأمراض المرتبطة به ، مكاناً بارزاً يجب أن ينعكس فى برامج التعليم الطبى . وكذلك الدراسات السكانية ، وتنظيم الأسرة ، وتحديد النسل ، نظراً لمشكلة الانفجار السكانى الذى نعانى منه .

(جـ) إن تدريس التخطيط الصحى والإحصاء ، ومبادئ المحاسبة وإدارة المستشفيات ، يدخل فى صميم تكوين الطبيب الذى سيعمل داخل إطار المشاريع الصحية فى المدن أو الريف . إن الإحصاء كما قلنا ضرورة للتخطيط ، ولتحديد معدلات علمية للخدمة الطبية ، وللحملة ضد الأمراض المتوطنة ، ولدراسة الأمراض المهنية ، ولتقييم نتائج المشاريع المختلفة .

(د) من المهم أن تضاف إلى البرامج الحالية مجموعة من العلوم والدراسات اللازمة لتكوين الطبيب المتكامل وهى :

- الاكتشافات العلمية الهامة فى الكيمياء والطبيعة وعلوم الأحياء .
- الرياضيات المرتبطة بالإحصاء .
- الإنسانيات مثل الفلسفة والتاريخ ، مبادئ الاقتصاد السياسى وعلم الاجتماع ، دراسات عن المجتمع ونظمه والمرحلة التى يمر بها لتحقيق الاشتراكية ، الاشتراكية كنظام ، دراسات قومية ، فكرة عن البلاد العربية والأفريقية ، وتاريخ الطب ، حتى يزود الطبيب بمفهوم واضح عن المجتمع ، وعن تراثنا العلمى فى مجال الطب .

٤ – أساليب الدراسة :

تعرضنا فى الجزء الخاص بالربط بين الدراسة والتطبيق إلى المنهج الأساسى الذى يجب أن يحكم أساليب الدراسة فى كليات الطب وبعض تطبيقات هذا المنهج . ولكننا نريد هنا أن نتناول عدة جوانب خاصة بأساليب الدراسة فى كليات الطب وبعض تطبيقات هذا المنهج . ولكننا نريد هنا أن نتناول عدة جوانب خاصة بأساليب التدريس الحديثة .

١ – لقد أصبحت الوسائل السمعية البصرية أحد الأركان الرئيسية فى أساليب التعليم الحديثة ، ذلك أنها تساعد على تركيز المعلومات ، وإعطائها بواسطة الحواس المختلفة ، مما يؤكد ويوضح معالمها فى ذهن الطالب . إن استخدام السينما ، والتليفزيون ، والفانوس السحرى ، ومختلف الأجهزة الأخرى يسمح بتوصيل المعلومات إلى عدد كبير من الطلبة فى أيسر وأجمل الصور .

٢ – إن أسلوب الدراسة الجماعية ، والعمل الجماعى ، يوفر أحسن الظروف للتعليم عموماً ويعد الطالب الإعداد المناسب لممارسة مهنته فى ظل مجتمع يجب أن تسود فيه القيم الجماعية ، كما يسمح بتبادل الآراء ، والمناقشة ، والخلق ، عن طريق التعاون بين عدة أشخاص بكفاءاتهم المتباينة . لذلك من المهم أن تكون فرق للطلبة يوضع على رأس كل منها أحد المدرسين ، ويكون مسئولاً عنها طوال السنة الدراسية . وتقوم هذه الفرق بتنظيم المذاكرة الجماعية ، ودراسة الحالات ومناقشتها ، والمرور فى قاعات المستشفى ، أو القيام بالفحوص المعملية ، والأبحاث ، وقراءات الأشعات ، والزيارات المنزلية ، وكل ما يتعلق بالدراسة فى حدود المجموعة ، بحيث يتعاون أفرادها ويتنافسون بروح الفرقة الواحدة ، تلك الفرقة التى تستطيع أن تفرض نوعاً من الرقابة على تصرفات الطالب ، وعلى حسن استخدامه لوقته ولمواهبه . ولا شك أن نظام الأسر التابع لتنظيمات الشباب والطلبة يمكنه أن يدعم هذا الاتجاه .

كما أن أسلوب الندوات هام للغاية ليس فقط فى النشاط الاجتماعى والثقافى ، ولكن أيضاً فى الدراسة العلمية لمختلف مشاكل الطب .

إن تكوين الجماعات العملية للطلبة (وليس الجمعيات) فضلاً عن الدور الذى يلعبه فى إذكاء روح العلم والبحث العلمى ، يشكل فى نفس الوقت إحدى صور التحصيل الجماعى . ويتم إنشاء هذه الجماعات فى كل قسم من الأقسام بكليات الطب ، على أن يكون الالتحاق بها ومزاولة النشاط فيها اختيارياً .

ويكون لكل جماعة مشرف موجه من قدامى أعضاء هيئة التدريس بالقسم ، على أن يشمل نشاط هذه الجماعات التعمق المعقول فى دراسة المواد التى يقوم ذلك القسم بتدريسها عن طريق القراءات فى المكتبة ، وعمل ملخصات ومناقشتها إلخ .

٣ — هناك أهمية كبيرة لتدريب الطلبة على الاطلاع والبحث ، وعدم الاقتصار على استذكار بعض المحاضرات الجاهزة . إن هذا الأسلوب من شأنه أن ينمى حب المعرفة ، والقدرة المستقلة على التحصيل .

وهذا يتطلب فتح المكتبة فى مواعيد ليلية مناسبة ، وتوفير عدد كاف من الكتب والمجلات . وكذلك تيسير سبل الاستفادة ، كما يتطلب طبع الكتب بأثمان رخيصة ، عن طريق الاتفاق مع اتحاد الطلبة أو الجمعيات التعاونية فى الكليات .

وفيما يتعلق بالامتحانات يجب تقليل النسبة المعطاة للامتحانات التحريرية وتخصيص ٧٥ ٪ من الأرقام للحضور والامتحانات العملية ، التى هى الأساس فى قياس مدى صلاحية طالب الطب . ومن المفيد ، أثناء السنة ، اتباع أسلوب الامتحانات المتعددة ذات الإجابات المتعددة كوسيلة للمراجعة وتعميق المعلومات .

٤ — إن الاهتمام بتكوين الطبيب يشكل الآن إحدى المسائل الرئيسية التى لابد من الاهتمام بها ، إن المجتمع الذى يمر بمرحلة انتقال من الرأسمالية إلى

الاشتراكية يتعرض لتطورات فكرية وخلقية خطيرة ، تتطلب استئصال عديد من القيم القديمة ، وإحلال القيم الجديدة محلها . وهذه ليست عملية سهلة . إن الأساليب الجماعية التى سبق الإشارة إليها ، والاعتماد على الاتحادات الطلابية والشباب ، هو إحدى الأركان الهامة فى هذه العملية . والمناهج المتطورة التى تتضمن العلوم الإنسانية ، والفلسفة ، ودراسات المجتمع ، يمكن أن تكون ذات أثر فعال فى تغيير الأفكار . ومع هذا فإن هناك جوانب لابد أن يعطى لها القدر الكافى من الجهد . وتشمل هذه الجوانب تدريس آداب المهنة ، وتجسيد هذه الآداب فى سلوك هيئة التدريس الذى يحتذيه الطلبة ، ويعتبرونه المثل الأعلى بالنسبة إليهم ، فى حياتهم الجامعية والمستقبلة . ثم الاهتمام بالنشاط الاجتماعى ، وبأوقات الفراغ ، عن طريق حسن استخدام هذا الوقت فى نشاط يتعلق بالمنشآت الصحية ، أو حملات التطوع للعمل فى المصانع والحقول ، أو النشاط الرياضى والثقافى والفنى .

وربما كان خير تعبير عن أهمية أساليب التدريس ما عبرت عنه الدكتورة نوال السعداوى فى مؤتمر التعليم الطبى لسنة ١٩٦٧ عندما قالت :

« أنتهز هذه الفرصة ، ومعظم أساتذة الطب موجودون ، ونحن نناقش تطوير التعليم الطبى . أنا لست من هيئة التدريس ولكنى كنت طالبة منذ سنوات ، وسوف أحاول أن أعبر عن المشكلة التى أحس أنها حقيقية .

المشكلة ليست هى كمية العلوم التى تعطى لطالب الطب ، وليست عدد الساعات التى يجب أن تزيد أو تقل — لكن المشكلة هى الطريقة التى يتلقى بها الطالب العلم .

ونحن طلبة ماذا كان ينقصنا ؟ وماذا كنا نريد ؟

كنا نريد أن يكون الأستاذ قريباً منا ، واحنا قريبين منه — نكلمه ونحكى له مشاكلنا . أنا لما سافرت أمريكا لأدرس الصحة العامة لاحظت أنهم لم يعطونى كمية كبيرة من المعلومات ، لكن طريقة التدريس خلتنى أعرف حاجات

جديدة ، قسمونا لمجموعات صغيرة جداً ولكل مجموعة أستاذ ، الأستاذ كان قريباً منا ، معنا دائماً فى المعمل ، فى المدرج ، فى المكتبة ، نتكلم دائماً ونتناقش ، ونعرف إزاى نفكر وإزاى نقرأ ، وإزاى نحل المشاكل .

لكن واحنا طلبة هنا لم نتعلم كيف نحصل العلم ، ولم نتعلم كيفَ نكون أطباء . مهنة الطب إنسانية ، ولكن هل الطريقة التى تعلمنا بها الطب تعلمنا الإنسانية . نحن نتعلم فى الكلية أن المريض إنسان ، وإنسان متكامل ، وإنما درسنا المريض على أنه كبد أو طحال أو مصارين . أنا لما تخرجت من الكلية ورحت وحدة ريفية فوجئت لما عرفت أن المريض إنسان كامل ، وله رأس ويدين ورجلين ، وأنه بيتكلم وأنه يتألم .

وأنا لم أتعلم أن المريض له آلام . احنا لم نتعلم الألم — أنا أذكر لما كنت طالبة وكنا نقف حوالى خمسين طالباً وجدنا الأستاذ حول سرير مريض ، والمريض طفل صغير عنده روماتزم فى القلب ، عريان فى عز الشتاء والشباك مفتوح — وكل واحد فينا يتسابق عشان يحط سماعته على صدر الطفل — لحد ما تسيب السماعات دائرة حمراء محفورة فى صدر الطفل . والطفل يتألم ورغم كده نتسابق ونحط السماعات — إزاى نتعلم الإحساس بآلام المريض واحنا بنتعلم عدم الإحساس — وإزاى الأطباء يكون عندهم إنسانية إذا قعدوا ست سنين يتعلموا عدم الإنسانية .

وأنا لا أتصور أن الإنسانية تكون مجرد علم يدخل الأستاذ ويقول فيها محاضرات ، ولكنها أسلوب وطريقة معاملة المريض يتعلمه الطالب كل يوم » .

٥ — هيئات التدريس :

تعرضنا فيما سبق إلى مشكلة أعداد هيئة التدريس ، وهى مشكلة تحتاج إلى حل سريع إذا أردنا أن نرفع مستوى التعليم منذ الآن . وهناك بعض الخطوات التى من شأنها حل هذه المشكلة إلى حد كبير .

١ — تطبيق نظام التفرغ الجغرافى على أعضاء هيئة التدريس، على أن يكون اختيارياً ، مع اشتراط التفرغ للوصول إلى كرسى الأستاذية .

٢ — الاستعانة بالأخصائيين ذوى الخبرة ، فى مستشفيات وزارة الصحة ، والمؤسسة العلاجية ، والتأمين الصحى ، وكذلك الاستعانة بالأطباء الذين عملوا طويلاً فى ميادين الطب الوقائى والخدمات الصحية والريفية ، والصحة العامة ، والطب الصناعى ، والتخطيط الصحى ، والإحصاء إلخ ، لتدعيم النقص الموجود فى هذه الأقسام بالذات ، وبذوى المؤهلات العملية فى الكليات الأخرى ، والإدارات ، والمعامل .

٣ — إرسال عدد كاف من البعثات إلى الخارج .

إن عضو هيئة التدريس الصالح هو حجر الزاوية فى التعليم الطبى ، وتخريج العدد الكافى من الأطباء الأكفاء ، القادرين على تحمل أعباء الخدمات الصحية فى كل مكان ، ويجب إذن أن يكون اختيار عضو هيئة التدريس واختياره فى المقام الأول من أغراض كلية الطب ، إذ عليه يتوقف تكوين أجيال متعددة من الأطباء . إن عضو هيئة التدريس لا يلقن الطلبة دراستهم العلمية فحسب ، بل هو فى الواقع القدوة الماثلة أمام الطالب التى تقوده إلى النضوج كطبيب ، وكإنسان واع بمسئوليته الاجتماعية :

إن إعداد عضو هيئة التدريس لهذه الرسالة يجب ألا يقتصر على الشهادة العلمية رغم أهميتها ، بل من الضرورى أن يمتد إلى غرس الروح العلمية ، والمنهج العلمى بين أعضاء هيئات التدريس ، والقدرة على التدريس والخلق الذى يتناسب مع جسامة مسئولياتهم .

فعندما ولدت الفكرة الجامعية كانت القيمة الحقيقية أولاً وأخيراً فى شخص الأستاذ ، وفى حجم حلقة الدراسة المحيطة به ، سواء فى جامعة الإسكندرية القديمة ، أو فى جامعة الأزهر الشريف .

وهناك جانبان أساسيان يتعلقان بموضوع هيئة التدريس : الجانب الأول

هو طريقة اختيار أعضاء هيئة التدريس وإعدادهم . والجانب الآخر توفير الجو الملائم لعملهم فنياً ومادياً .

إن اختيار أعضاء هيئة التدريس وإعدادهم يطرح السؤال التالى : هل يجب أن يكون عضو هيئة التدريس باحثاً مبرزاً أم معلماً قادراً ؟ أوكليهما ؟

يجب ألا ننسى أبداً أن المعلم يجب أن يكون قادراً على أن يعلم وإلا انتفت عنه الصفة الأساسية الأولى كعضو فى هيئة التدريس فى كلية الطب . لذلك إذا كان البحث العلمى هو شرطاً لشغل وظائف التدريس فى كلية الطب يجب فى نفس الوقت الاهتمام بطرق الترقية والتعلم (بيدا جوجيه) ، وإعطاء المدرسين نوعاً من التدريب والتثقيف فى هذا الباب ، وتنظيم حلقات الدراسة للأساليب التعليمية يشترك فيها جميع أعضاء هيئة التدريس .

ومن الخطر الاعتماد الكلى على البحث ، إذ لوحظ أنه فى كثير من الحالات يقوم المرشحون لمستويات هيئة التدريس المختلفة بتقديم عدد كبير من البحوث يصعب تصور إمكان إجرائها بعمق فى الوقت الذى استغرقته فعلاً هذه البحوث ، مما يدل دلالة واضحة على الجنوح نحو الاهتمام بالكم أكثر من الكيف .

ويجب أن نتأكد من توافر أكبر قدر ممكن من الشروط المطلوبة فى عضو هيئة التدريس مع ملاحظة أن الجامعة ، وعلى الأخص كليات الطب ، ليست من المجالات التى يتغلب فيها الفكر الاشتراكى على القيم القديمة بسهولة ، مما يؤدى إلى وجود جو اجتماعى ، وثقافى يتميز بنسمات محافظة ، بل ورجعية فى كثير من الأحيان . ونظراً للاحتياج الشديد إلى الكوادر الفنية ، فلا يمكن الاستغناء عن الموجودين بالفعل ، بل يجب العمل على التعاون معهم ، وتوفير أحسن الظروف الممكنة لهم ، مع وضع النظم التى تضمن حصر الأضرار الناجمة عن هذا الوضع ستكون فى أضيق الحدود . وذلك بإعطاء قدر متزايد من إمكانيات العمل ، والنشاط الثقافى والاجتماعى للعناصر الشابة بين أعضاء هيئة التدريس والطلبة .

والاهتمام بتطبيق الديموقراطية فى إدارة الكلية والمستشفيات ، والتثقيف الاجتماعى الواسع .

وهناك ناحية أخرى جديرة بالرعاية ، وهي ضرورة توفير الجو الملائم لعمل أعضاء هيئة التدريس سواء أكان من الوجهة الفنية أو المادية . فى البلاد النامية مثل الجمهورية العربية المتحدة، وفى مجتمع ينتقل بالتدريج إلى الاشتراكية، نلمس حاجة ملحة لمزيد من الأطباء فى مختلف المستويات . ولهذا يتضاعف عدد الطلاب ويتزايد إقبالهم على دخول كليات الطب .

لقد أشرنا فى الجزء الأول من هذا الفصل إلى النقص الذى يوجد فى عدد أعضاء التدريس وبالذات فيما يتعلق بتدريس العلوم الطبية ، وأشرنا إلى النسب القائمة بين هذا العدد وبين عدد الطلبة . وهى ظاهرة خطيرة تستدعى علاجاً سريعاً وفعالاً . ولابد من تشجيع الإقبال على العمل فى هذه الأقسام عن طريق الإغراءات المادية ، والعلمية ، وتشجيع التفرغ . وبشكل عام أصبحت هناك ضرورة ملحة لتشجيع عدد متزايد من أعضاء هيئة التدريس على قبول فكرة التفرغ الكامل أو الجغرافى (فى الأقسام التى يوجد بها علاج بالأجر) .

والحد الأدنى الذى يمكن أن يساعد على نجاح نظام التفرغ هو مضاعفة الأجر .

ولكن الناحية المادية وحدها لا تكفى . فالتشجيع العلمى المعنوى يلعب دوراً هاماً للغاية ، فكم من طبيب أو عالم ضحى بمصلحته الشخصية فى سبيل حياته العلمية أو الطبية . إن العالم لا يقبل أن يشترى جهده بالمال ، إذا لم يستغل استغلالاً حسناً يرضى ضميره وكبرياءه . إن الشخص الذى يطالب بقضاء كل وقته بين جدران المستشفى أو الكلية لابد أن يجد كل التسهيلات الممكنة لمزاولة نشاطه العلمى والتعليمى ، والتفرغ الجغرافى يمكن أن يساعد كثيراً فى تذليل عديد من الصعوبات وخلق الظروف والإمكانيات الملائمة .

ومما لا شك فيه أن تشجيع الزيارات للخارج ، وكذلك البعثات الخارجية ، وحضور المؤتمرات ، وإحضار أكبر عدد ممكن من الأساتذة الأجانب البارزين ، من شأنه أن يخلق تبادلاً خصباً فى المجال العلمى والثقافى ، ويزيد من حماس واهتمام أعضاء هيئة التدريس . وعلى قدر الإمكان يجب أن يوجد نوع من التركيز على البلاد الاشتراكية والنامية ، نظراً لتقارب المشاكل ، ومناهج العمل ، ونظراً لضرورة الاستفادة من خبرة هذه البلاد . وبذلك تكون الفائدة مزدوجة ، فمن ناحية يمكن أن نلم بأوسع التجارب فى مجال التنظيم الاشتراكى للصحة ، وللبحوث العلمية ، ونتفادى من الناحية الأخرى الانحرافات والآثار الفكرية الضارة التى كثيراً ما تصيب أفراد البعثات الذين يرسلون إلى البلاد الغربية . وهذا لا يعنى على الإطلاق قطع علاقاتنا العلمية والثقافية بالدول الغربية ، حيث تشكل هذه العلاقات جزءاً من سياسة التعايش السلمى والحياد الإيجابى ، كما تعود علينا وعلى شعوب هذه البلاد بفوائد علمية وثقافية عديدة .

وفيما يتعلق بالدراسات العليا وبتخريج الممارس العام ، يجب أن نركز على التدريب العملى مما يتطلب تفرغ طلبة الدراسات العليا فى المستشفيات لمدة سنتين أو ثلاثة حتى ينتهوا من فترة الدراسة المقررة ، وتخصيص سنتين لخريج كلية الطب بعد تخرجه ، وبعد فترة الامتياز يعمل فيها كطبيب مقيم فى إحدى المستشفيات الجامعية ، أو مستشفيات وزارة الصحة . وفيما يتعلق بهذه الدراسات آن الأوان لكى ينشأ فى الجامعة معهد للأمراض المتوطنة ، وآخر لطب الصناعات ، حتى يخلق الاهتمام الجدى بأهم أمراض الريف والمدنية .

كما أنه من المهم للغاية ، أن يجد الممارسون العامون ، بل وجميع الأطباء الذين يعملون بعيداً عن مراكز النشاط العلمى والتخصصى ، فرصة للتدريب العملى على فترات دورية . وذلك بأن يلتحقوا بالمستشفيات لمدة ثلاثة أو ستة أشهر يتلقوا خلالها الدراسات المناسبة .

ويمكن الاستفادة من مستشفيات وزارة الصحة ومن الأخصائيين ذوى

الكفاءة فيها ، وإجراء تبادل خصب بين المستشفيات الجامعية ، وبين مستشفيات وزارة الصحة والمؤسسة العلاجية والتأمين الصحى ، عن طريق الاستفادة من كل الطاقات البشرية فى التدريس للطلبة والأطباء وتدريبهم ، وفى دراسة الحالات ، ومناقشتها ، وعلاجها .

٦ ـ المستشفيات الجامعية :

مبدأ عام أساسى يجب أن يحكم إدارة المستشفيات الجامعية ، هو أن هذه المستشفيات أسست للمرضى أولاً وقبل كل شىء ، وأن استخدامها فى التدريس يجب أن ينبع من إدراكنا لهذه الحقيقة . وهذا ليس فقط لصالح المرضى ، ولكن أيضاً لصالح التدريس والطلبة . ولا شك أنه كلما تحقق أرقى مستوى ممكن من الخدمات للمرضى ، استفاد أعضاء هيئة التدريس خبرة ومعرفة بأحدث وأحسن وسائل التشخيص والعلاج ، وتكونت لديهم القدرة على إدارة المستشفيات ، والخدمات الصحية ، بطريقة حازمة وسليمة . كما أن المستشفى الذى يدار بنجاح يخلق ظروفاً مواتية مستقرة ، وجواً هادئاً نظيفاً يساعد على التدريب والتعليم والتحصيل .

هذا من ناحية ، ومن الناحية الأخرى ، يجب ألا يتحول المستشفى الجامعى إلى حلقة أكاديمية معزولة عن واقع مشاكل الصحة والطب فى المجتمع الريفى والحضرى . وقد أشرنا من قبل إلى مسألة الربط بين التعليم الطبى والتطبيق ، وبين البحوث العلمية وواقع المشاكل الصحية ، وكذلك إلى أهمية العمل الميدانى والمشاركة فى دراسة وتقييم الخدمات الصحية .

وينبغى أن تكون المستشفيات الجامعية جزءاً حياً متفاعلاً من المعركة ضد المرض . وإحدى الوسائل هى الجمع بين انتقاء الحالات من جميع أنحاء القطر لأهمية هذا الانتقاء فى التدريس والبحوث ، وبين قيام المستشفى بكل الخدمات الوقائية والعلاجية فى نطاق جزء معين من المدينة أو المحافظة ، بحيث يقوم

الأطباء ، وجميع الفنيين ، بكل الأعمال المتعلقة بالنضال ضد المرض ، وبحيث تجمع المستشفى بين العلاج داخل المستشفى ، والعيادة الخارجية ، والخدمات المنزلية وبين الخدمات ؛ الوقائية والعلاجية ؛ هكذا يمكن أن يرتبط المستشفى بواقع الأمراض الموجودة ، ويتمكن العاملون فيه من أطباء ، وهيئات فنية مساعدة ، وطلبة ، من تكوين صورة سليمة للمجتمع الذى يعمل فيه الطبيب ، بأمراضه المتعددة ، بدلاً من أن يتحول المستشفى الجامعى إلى نوع من المعمل أو المعهد الدراسي الأكاديمى ، المعزول ، الذى يهتم بتشخيص أمراض غير منتشرة لطرافتها وندرتها ، ويعالجها بوسائل ليست متوفرة للطبيب العادى حتى وإن كانت هذه هى إحدى مهام المستشفيات الجامعية دون سواها ، بصفتها المستوى الطبى الأعلى فى البلاد .

هكذا يمكن أن تتفادى الكلية تخريج أطباء يواجهون فيما بعد هوة واسعة بين ما تعلموه ومارسوه أثناء الدراسة ، وبين ما يجدونه أثناء العمل كممارسين عامين وأطباء فى الوحدات الريفية ، والعيادات داخل المصانع والأحياء .

من المفيد أيضاً أن تنظم العيادة الخارجية على أساس نظام الخدمات الشاملة Group clinics بمعنى أن تقسم العيادة الخارجية إلى وحدات تتكون من عيادات قريبة الواحدة من الأخرى ، بحيث تتجمع كل التخصصات جنباً إلى جنب ، فيسهل تحويل المريض من أخصائى إلى آخر فى الحال إذا لزم الأمر . مما يسمح بإجراء التشاورات الفردية عندما يجد الأطباء المعالجون ضرورة لذلك . ومن المهم أن تزود كل وحدة من هذه الوحدات بجهاز أشعة ، وبمعامل تسمح بعمل التحليلات والبحوث اللازمة ، وإجراء بعض الفحوص الآلية دون تأخير .

ويجب أن يوفر المستشفى الجامعى لأعضاء هيئة التدريس عدداً كافياً من الفنيين والسكرتيرين والإداريين ، بحيث يسهل عليهم القيام بواجباتهم فى التدريس والبحوث . كما يجب أن توجد أقسام مخصصة للخدمات الإحصائية . فالمستشفى

التعليمى الذى لا يمكنه أن يقدم للمجتمع إحصاءات طبية وعلمية دقيقة تساهم فى دراسة مشاكلنا الصحية ، وإيجاد الحلول لها ، شأن مستشفياتنا الجامعية الآن ، ليفتقد جزءاً هاماً من صفاته الضرورية .

إن المستشفيات التعليمية تلعب دوراً خطيراً وحاسماً فى حياة الطبيب فى عصرنا الحالى . وفى المستشفيات التعليمية أيضاً يقضى الطبيب الأخصائى السنوات الأولى من حياته فى الدراسات العليا والتدريب . إن المستشفيات التعليمية تترك آثاراً عميقة الجذور فى الأطباء ، ليس فى النواحى العلمية والفنية فحسب ، بل أيضاً فى النواحى النفسية ، والاتجاهات الاجتماعية ، والمثل والعلاقات الإنسانية . فلا يمكن أن يتصور أن المستشفيات التعليمية يمكنها أن تخرج طبيباً متقدماً علمياً ، بينما الوسائل التى تطبق فيها متخلفة ، ولا يمكنها أن تجعل من الطبيب إنساناً اشتراكياً ، بينما القواعد التى يسير عليها ، والنظم التى تطبقها بعيدة عن المثل الإنسانية لأنها وضعت فى عصور التخلف والاستغلال فغلب عليها طابع من الفردية الطبقية والتعالى ولا يمكن أن يتخرج الطبيب المرتبط فى تفكيره بالمجتمع والذى يعمل لصالح المجموع ، بينما المستشفى الجامعى الذى يتعلم فيه يعانى من الانعزالية والتباعد .

الباب السادس

الصحة فى معركة العدوان

الفصل الأول

الدواء

كانت فئة قليلة من وكلاء شركات الأدوية تحتكر الأدوية الأجنبية ، وكانوا يرفعون أسعار الاستيراد مقابل إتاوات تحتجز لهم فى الخارج ، أو يبالغون فى مصروفات بعض الشحنات ، أو يفتحون مخازن أدوية صورية لهم ولشركائهم للجمع بين أرباح المستورد وأرباح المخازن ، وفى غالب الأحيان كانوا يجمعون بين هذه الوسائل جميعاً .

كانت البلاد تستورد ٩٠ ٪ من احتياجاتها فى استهلاك الدواء . فيتم هذا الاستيراد دون أن يخضع لأى نظام ، أو رقابة حقيقية ، أو تخطيط من الجهات المسئولة . بل كان رهناً فقط برغبات المستوردين أنفسهم فى تحقيق أقصى حد من الربح ، دون النظر إلى أهمية الدواء ، أو حاجة البلاد الحقيقية إليه . ومن خلف هذه العمليات كانت تقف أحتكارات الدواء العالمية مثل باير وهوكست وفايرز روساندرز وروش وسيبا وميرك وشيرنج لتحقق أرباحاً طائلة بالاتفاق فيما بينها على حساب الشعب ، بل وأحياناً لتجعل من أفراد الشعب حقلاً لتجربة الأدوية الجديدة ، أو ميداناً للتخلص مما عفى عليه الزمن .

وساعدت الدعاية المغرضة على ترويج الدواء الأجنبى سواء أكان رديئاً أو

جيداً ، مفيداً أو ضاراً ، واستعملت فى ذلك شتى وسائل الدعاية والترغيب، سواء فى مجال الأطباء ، أو فى مجالات المستهلكين ، حتى ثبتت أسماء أدوية معينة فى الأذهان ، بصرف النظر عن مدى فائدتها . وما زال الأطباء والمرضى من فئات معينة يتشبثون إلى يومنا هذا بالمستحضرات الأجنبية .

وهكذا توطدت أقدام الاستعمار الدوائى فى بلادنا إلى درجة لم تستطع معها الصناعة المحلية أن تقف على قدميها ، تلك الصناعة التى نشأت فى سنة ١٩٣٧ تقريباً ، ولكنها ظلت حتى عام ١٩٥٢ فى حالتها البدائية الأولى .

إن مجموع الإنتاج فى تلك السنة لم يتجاوز نصف مليون من الجنيهات قامت بإنتاجه بعض الشركات الصغيرة لا يتجاوز رأس مالها ٨٠٠,٠٠٠ جنيه .

الخطوات الأولى

وكانت الخطوة الأولى للخروج من هذا الوضع فى قطاع الدواء القرار الذى أصدرته الثورة فى عام ١٩٥٢ بتخفيض أسعار الأدوية للتخفيف عن كاهل المريض ، وتخفيض نفقات العلاج . فبعد أن كانت تضاف إلى تكاليف الاستيراد نسبة من الأرباح تعادل ٦٥ ٪ موزعة بين الصيدلية ، ومخزن الأدوية، والمستورد ، خفضت هذه النسبة إلى ٤٦ ٪ مما ترتب عليه تخفيض سعر البيع للجمهور — بنسبة ٥ ٪ لكل الأدوية المستوردة . ولكن تحايل المستوردين عن طريق رفع قيمة فواتير الاستيراد مما أضاع أثر هذا التخفيض ، وعادت أسعار شراء الجمهور للأدوية إلى الارتفاع خصوصاً وأن الصناعة الوطنية كانت تتعثر فى ذلك الوقت .

وفى العاشر من يناير سنة ١٩٥٧ ، أى بعد الانتصار على الغزو الثلاثى الاستعمارى الصهيونى ، صدر القرار الجمهورى رقم ١٩ المعدل بالقرار رقم ٩٠ لسنة ١٩٦٠ بإنشاء الهيئة العليا للأدوية — ونص فيه على أن تعمل الهيئة على النهوض بصناعة الأدوية ، والمستلزمات الطبية فى البلاد .

ثم وضع مشروع شامل لأول مرة فى تاريخ البلاد لإنتاج الخامات الدوائية الهامة وهى البنسلين ، والاستربتوميسين ، والكلورا فنيكول ، ومركبات السلفا ، والساليسيلات وغيرها . وأدرج للتنفيذ ضمن الاتفاق الذى وقع مع الاتحاد السوفييتى فى ٢٩ / ١ / ٥٨ على مساحة قدرها ١٢٠ فداناً فى مدينة الدواء بأبى زعبل . وسنتعرض لهذا المشروع بالدراسة فيما بعد .

وفى يوليو سنة ١٩٦٠ صدر القرار الجمهورى بالقانون ٢٠٢ لسنة ١٩٦٠ الذى تقرر بمقتضاه أن يقتصر استيراد الأدوية على الهيئة العليا ، وأن يكون توزيع الأدوية المحلية والمستوردة مقصوراً على « المؤسسة المصرية العامة لتجارة وتوزيع الأدوية » التى أنشئت خصيصاً لهذا الغرض .

وبإشراف الدولة على توزيع الأدوية تمكنت من التخفيف عن المرضى ، وتخفيض نفقات العلاج . وفى نفس السنة صدر القرار الوزارى رقم ١٦٧ بإجراء تخفيض فى أسعار البيع للمستهلك بالنسبة إلى الأدوية المستوردة ، وألبان الأطفال يساوى ٢٥ ٪ من آخر الأسعار التى حددت لها .

ولا شك أن تمصير وكالات التجارة الخارجية المتعلقة بالدواء ، ودخول الدولة بنسبة ٥٠ ٪ فى المعامل المحلية المنتجة للدواء سنة ١٩٦٠ ، ثم صدور قوانين يوليو سنة ١٩٦١ ، التى أصبح للدولة بموجبها الإشراف على أكثر من ٨٥ ٪ من إنتاج الدواء ، كانت جميعها خطوات لابد منها حتى يمكن عمل تخطيط شامل لتصنيع الدواء وتوزيعه ، وحتى يمكن إقامة صناعة الدواء الوطنية على أسس سليمة .

وفى أول يناير سنة ١٩٦٢ أنشئت «المؤسسة المصرية العامة للأدوية والكيماويات والمستلزمات الطبية » لتشرف على كل شئون الدواء ، من حيث التخطيط ، والتصنيع ، والاستيراد ، والتوزيع . وكانت الخطوة الطبيعية بعد ذلك هى تأميم جميع المصانع بالكامل . ولذلك ألغيت تراخيص المعامل الصغيرة التى تبيع أردأ أنواع الأدوية ، وتعتمد على أساليب الغش ، والتجارة الرخيصة ، دون النظر إلى

الأضرار التى تصيب المرضى والمواطنين عموماً . كما ألغى إنتاج الصيدليات للأدوية تامة الصنع لنفس السبب .

ولما كانت صناعة الأدوية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بصناعة مواد التعبئة والتغليف ، فقد أممت بعض المصانع لتكون فى خدمة الصناعة الدوائية مثل مصانع البلاستيك ، والأنابيب المعدنية ، والنظارات الطبية والأشرطة اللاصقة ، والخيوط الجراحية ، وذلك وفقاً للقانون رقم ٥٠ لسنة ١٩٦٠ .

قفزة كبرى

عندما وضعت الخطة الخمسية الأولى كانت قيمة الإنتاج المحلى من الدواء سنة ٥٩ / ٦٠ ، والتى اتخذت كسنة الأساسى ٢,٩ مليون جنيه ، بسعر بيع المصنع . وقد وضعت الخطة على أساس إنتاج أدوية تصل قيمتها إلى ٧,٩ ملايين جنيه فى سنة ٦٤ / ٦٥ . ولكن الواقع فاق كل تقدير ، فقد وصل الإنتاج المحلى فى العام الثالث من الخطة ، أى فى سنة ٦٣ / ٦٤ ، إلى ٩,٣ ملايين جنيه ، ثم قفز فى سنة ٦٤ / ٦٥ إلى ١٨,٨ مليون جنيه بزيادة تزيد على ضعف الكمية المنتجة فى السنة السابقة . وقد أنتج خلال الخطة الخمسية الأولى ٢٩١ مستحضراً جديداً .

وقد وصل الإنتاج إلى ٢٥ مليوناً من الجنيهات فى سنة ٦٥ / ٦٦ واستنبطت صناعة الدواء ٩٥ صنفاً جديداً فأصبح مجموع المستحضرات الجديدة بذلك ٣٨٦ .

وفى نفس الوقت ارتفعت مبيعات الشركات المحلية للأدوية ارتفاعاً سريعاً حتى وصلت إلى ٢١,٣ مليون جنيه . وهكذا أمكن للإنتاج المحلى أن يغطى ٧٦,٥ ٪ من إجمالى الاستهلاك ، وأن يحصر اعتمادنا على الاستيراد فى حدود ٢٣,٥ ٪ من إجمالى الاستهلاك .

وهناك ثلاث شركات ذات رأس مال مشترك بدأت اثنتان منها إنتاجهما فى سنة ٦٢ / ٦٣ ، والثالثة سنة ٦٥ / ٦٦ ، وهى ليست تابعة للمؤسسة ، وإن كانت المؤسسة تدخل بنسبة ٤٠ ٪ من رأس مالها ، بينما الجزء المتبقى وهو ٦٠ ٪ يمثل رأس مال أجنبياً . وقد أنشئت بمقتضى اتفاقية عقدها عزيز صدقى سنة ١٩٦١ . وقد ارتفع إنتاجها من ١,١٧ جنيه سنة ٦٢ / ٦٣ إلى ٤,٢٥ ملايين جنيه سنة ٦٥ / ٦٦ ممثلة بذلك ما يقرب من ١٨ ٪ من إجمالى الإنتاج فى هذه السنة . كما ارتفعت مبيعاتها من ١,٠٣ مليون جنيه سنة ٦٢ / ٦٣ إلى ٣,٤٠ ملايين جنيه سنة ٦٥ / ٦٦ أى ١٦ ٪ من جملة المبيعات المحلية تقريباً .

وقبل الثورة لم تكن الصناعة المحلية تساهم فى مد وزارة الصحة باحتياجاتها من الدواء ، إلا فى حدود ضيقة للغاية ، وإنما كانت تلك التوريدات حكراً على الشركات الأجنبية . ولأهمية هذه الأدوية فى تنفيذ المشروعات الصحية المختلفة ، جعلت المؤسسة من بين أهدافها الرئيسية توفير الأدوية لهذه المشروعات التى أخذ يتسع نطاقها بعد سنة ١٩٦١ ، فأصبح الإنتاج المحلى يغطى أغلب احتياجات القطاع الحكومى ، سواء للتموين الطبى ، أو الوحدات الريفية أو المجمعة ، أو المستشفيات الجامعية والجيش ، والشركات المختلفة والمناطق الطبية وخلافه .

وقد بلغت قيمة التوريدات ٢,٤ مليون جنيه فى سنة ٦٤ / ٦٥ ، بعد أن كانت مليون جنيه سنة ١٩٦١ . وارتفعت إلى ٣,٥ ملايين جنيه فى سنة ٦٥ / ٦٦ .

وتواجه صناعة الدواء المصرية صعوبة كبيرة فى التصدير للأسواق الخارجية حتى فى البلاد العربية . وذلك إزاء المنافسة القوية من احتكارات الدواء العالمية التى تتبع سياسة الإغراق ، وتتمتع بإمكانيات مادية وفنية ضخمة ، ووسائل قوية فى الدعاية لمستحضراتها ، بما فيها مختلف الإغراءات المادية المشروعة ، وغير المشروعة ، بقصد منع دخول أية منتجات جديدة ، وبالذات المنتجات العربية ، فى أسواقها التقليدية . وقد وصل التصدير إلى ١٧٠ ألف جنيه سنة ٦٤ / ٦٥

وارتفع إلى ٣٤٠ ألف سنة ٦٥/٦٦[١] . وهى مبالغ تعتبر صغيرة إذا ما قورنت بكمية الإنتاج المحلى .

البحث العلمى

أتمت مراكز الأبحاث فى المؤسسات والشركات إنتاج ٢٩٧ مستحضراً جديداً تقع فى ٣٤ مجموعة دوائية خلال – الخطة الخمسية الأولى ، كما قامت بإنتاج ٩٥ مستحضراً جديداً تقع أيضاً فى ٣٤ مجموعة دوائية خلال عام ٦٥ / ٦٦ .

وإذا كان الإنتاج هو معركة التحدى الحقيقى فى بلادنا ، فإن البحث العلمى هو الدعامة الأولى التى يرتكز عليها الإنتاج . ولذلك بذلت جهود لتقوية مراكز الأبحاث فى الشركات ، وأرسل عشرات من الفنيين فى بعثات خارجية للتدريب بمصانع الأدوية العالمية ، كمحاولة للاستفادة من اتفاقات التصنيع التى تمت بين المصانع المحلية والأجنبية ، كما أنشأت المؤسسة مركزاً مستقلاً للأبحاث ، وزودت أقسامه بالوحدات اللازمة للأبحاث الخاصة بالدواء ، وتطوير الأساليب الفنية فى التصنيع ، وإحكام الرقابة العملية على المنتجات الدوائية ، والقيام بالأبحاث اللازمة لإنتاج أدوية جديدة ، وبدائل الأدوية الأجنبية المستوردة ، ودراسة المشاكل العملية التى تعترض عمليات الإنتاج . . وطريقة حلها ، وتدريب الفنيين على الطرق الحديثة لتحضير وتحليل الأدوية .

الطاقات الإنتاجية

وصلت مجموع رءوس أموال الثمانى شركات المنتجة للأدوية إلى ٥,٦٠٠,٠٠٠ جنيه ، يضاف إليها رأس مال شركة النصر لإنتاج الكيماويات الدوائية وهو ٦,٠٠٠,٠٠٠ جنيه ، فيصل إجمالى الرقم إلى ١١,٦٠٠,٠٠٠ جنيه . وقد اكتفت مؤسسة الأدوية باستغلال الطاقات الإنتاجية الموجودة فى شركاتها إلى أقصى حد ممكن حتى عام ٦٣ / ٦٤ . ولكن أمام التوسع السريع فى استهلاك الأدوية ،

(١) ٩٩٩,٠٠٠ جنيه سنة ٦٧/٦٨ .

وأمام اتساع المشاريع الصحية الجديدة ، ظنت أن هذه الزيادة ستستمر باضطراد . ولذلك بنت خطتها على تدعيم الطاقة الإنتاجية للشركات القائمة . بل وأيضاً إلى تأسيس شركة جديدة هى شركة النيل للأدوية ورأس مالها ، ٢مليون جنيه . وتمكنت الشركات المحلية من تغطية ٨٠٪ من الاستهلاك المحلى خلال سنة ٦٦ / ٦٧ . ولم يبق سوى ٢٠ ٪ للاستيراد من الخارج . ومع ذلك فإن المؤسسة قد ارتكبت خطأً كبيراً فى تقديراتها . وفى الخطوات التى انبنت على هذه التقديرات .

فإن نظرة سريعة إلى المخزون السلعى لدى شركات المؤسسة يبين أن إجمالى البيع منذ سنة ٦٢ / ٦٣ لم يكن يمثل سوى ٩٢,٢ ٪ من الإنتاج . وهكذا تراكم مخزون سلعى فى تلك السنة يساوى ٦٣٦٧٣٢ جنيهاً . أما فى سنة ٦٥ / ٦٦ فلم تمثل المبيعات سوى ٨٦,٥ ٪ من إجمالى الإنتاج ، وأضيفت كمية جديدة من المستحضرات تساوى قيمتها ٢,٧٨٤٦٧٣ إلى المخزون السلعى . وقد وصل هذا المخزون فى أواخر سنة ١٩٦٧ إلى ما يقرب من ١٢ مليوناً من الجنيهات ، وإن كان هذا الرقم يمثل أيضاً الكيماويات والمستلزمات الطبية ومواد التعبئة والتغليف المخزونة .

ولذلك اضطرت أغلب شركات المؤسسة إلى تعديل ميزانيتها التقديرية خلال سنة ٦٦ / ٦٧ والنزول بها إلى مستويات أدنى بكثير . (فمثلاً قامت شركة القاهرة للأدوية بتخفيض ميزانيتها من ٣,٥٠٠,٠٠٠ إلى ٢,١٠٠,٠٠٠ جنيه) . وقد خلق هذا الوضع عديداً من الظواهر التى تتنافى مع الإدارة الاقتصادية السليمة للشركات الإنتاجية . فما هى هذه المظاهر ؟ ولماذا استقر الاستهلاك عند حد معين ؟ وما هو الحل للمشاكل التى تعانيها صناعة الدواء ؟

الاستهلاك

إن العنصر الأساسي الذى دخل كعامل جديد على صناعة الدواء منذ سنة ٦٥ / ٦٦ هو تشبع السوق المحلى بالأدوية التى يحتاج إليها ، وفى نفس الوقت اتباع الحكومة سياسة تخفيض الاستهلاك عن طريق زيادة أسعار الدواء وتخفيض المبالغ التى تخصصها وزارة الصحة لشراء الدواء ، حيث إنها ترغب فى تقليل كميات الأدوية التى كانت تورد للوحدات الريفية ، والمستشفيات ، والتأمين الصحى ، نظراً لأثر الاستهلاك الدوائى المرتفع على تكاليف العلاج. وهكذا يواجه قطاع الدواء وضعاً جديداً لا يسمح له بزيادة الإنتاج بنفس المعدل السابق ، بل لابد من فرض القيود حتى لا تتفاقم ظاهرة وجود مخزون سلعى من الأدوية .

إذن تواجه صناعة الدواء ضرورة إجراء تغييرات فى اتجاهات التصنيع ، حتى يمكن الاستمرار فى زيادة الإنتاج والدخول إلى ميادين جديدة لم نطرقها من قبل .

والمخرج من هذا الوضع ينحصر فى طريقين لا ثالث لهما . الأول ، استنباط مستحضرات جديدة تستطيع أن تحل محل المستحضرات المستوردة . والثانى ، هو التصدير للأسواق الخارجية وبالذات الأسواق العربية والأفريقية . ويتطلب النجاح فى هذه المهمة عديداً من الشروط ، منها تخطيط صناعة الدواء وتجارة الدواء على أسس أسلم ، ورفع مستوى جودة الإنتاج . لقد كانت سياسة قطاع الدواء فى السنين الماضية العمل على زيادة الإنتاج بأقصى سرعة ممكنة ، حتى تستولى الصناعة الوطنية على الجزء الأساسى من سوق الدواء المحلى . وقد ارتكنت الصناعة المحلية فى ذلك إلى الحماية القوية التى تلقاها من الدولة ، عن طريق تحديد أنواع الأدوية التى تستورد ، وكمياتها . وفى كثير من الأحيان لم يكن أمامها إذن دافع قوى للاهتمام بمستوى الجودة إلى الدرجة المطلوبة . وهذا يعنى أنه ، رغم التقدم الفنى والعلمى الملحوظ فى صناعة الدواء المحلى ، ما زالت هناك مسافة يجب أن نغطيها — حتى نصل إلى مستوى الدواء الأجنبى فى بعض

مستحضراته . وهذا يتطلب الاهتمام فى السنين القادمة بالذات بجودة المستحضرات ، وقدراتنا الفنية والعلمية فى إنتاج مستحضرات جديدة ، والدخول فى مجموعات جديدة ، بحيث يمكن الاستغناء عن عدد متزايد من الأدوية المستوردة ، وغزو الأسواق الخارجية بالأدوية المصنوعة محلياً .

كما يجب البحث عن ميادين جديدة مثل صناعة الألبان الجافة ، وأغذية الأطفال ، والأدوية البيطرية ، وبعض مستحضرات التجميل .

الطاقة الإنتاجية

إن عملية إدخال التحسينات المستمرة على صناعة الدواء تتطلب كفاءة فى استخدام الطاقات الإنتاجية المتاحة ، وإزالة مواطن الاختناق ، وحصر الاستثمارات الجديدة أساساً فى استبدال بعض الآلات والمصانع الجديدة فى المجالات التى لابد وأن يتبع فيها أحدث الأساليب . ويعنى هذا أيضاً عدم اللجوء إلى التوسع فى الطاقة الإنتاجية إلا فى الحدود اللازمة لفتح الميادين الجديدة التى أشرنا إليها ، خصوصاً وأن هناك نسبة من الطاقة الفائضة فى المصانع العاملة حالياً . وتتضح هذه الحقيقة بجلاء ، بل تتأكد ، عند التعرض لنسب استغلال الطاقة فى المصانع المنتجة ، ولمدى إنتاجية الفرد مقارنة بالسنين الماضية . فقد كانت نسبة استغلال الطاقة فى مصانع شركات الأدوية ٧٢ ٪ تقريباً أى أن ثلث الطاقة بقيت معطلة . وهذا على أساس تشغيل وردية واحدة فقط ، مما يدل على أن هناك طاقة فائضة كبيرة لم تستغل . وأن مصانع الأدوية تستطيع إذن أن تنتج كميات من المستحضرات تزيد كثيراً عما أنتج بالفعل ، خصوصاً إذا عملت أكثر من وردية واحدة .

ويتضح هذا أيضاً إذا ما لاحظنا أن شركة النيل للأدوية ، وهى منشأة حديثاً ، وتعمل بوسائل فنية متقدمة وتتمتع بإمكانيات كبيرة أنتجت بما قيمته ٣,١٧٦,٠٠٠ جنيه خلال سنة ٦٦ / ٦٧ بينما رأس مالها يساوى ٢,٠٠٠,٠٠٠

جنيه وكان من المفروض إذن ، طبقاً للمقاييس الاقتصادية السليمة أن تنتج بما يقل عن عشرة ملايين جنيه فى السنة .

إنتاجية العامل

وإذا انتقلنا إلى إنتاجية العامل، ودرسنا تطوراتها خلال السنين الماضية ، نجد أنه بينما كانت الإنتاجية بالنسبة إلى الفرد ١٩٩٤ جنيهاً فى السنة خلال عام ٦٢ / ٦٣ ، قفزت إلى ٢٧٢٨ فى عام ٦٤ / ٦٥ ، ثم إلى ٢٩٨١ جنيهاً فى عام ٦٥ / ٦٦ ، ولكنها عادت فانخفضت إلى ٢٣٢٦ جنيهاً فى سنة ٦٦ / ٦٧ بنسبة ٢١ ٪ تقريباً . هذا بينما متوسط إنتاجية الفرد فى الشركات ذات الرأس المال المشترك مثل هوكست الشرقية ، وفايزر ومصر وسويس فارما تصل إلى ٦٣٩٠ جنيهاً فى السنة . وهذه الأرقام العالية نتاج لعدة أسباب منها أن المهنة الطبية وجزءاً كبيراً من المرضى وعلى الأخص الطبقات المتوسطة والغنية ما زالت متمسكة بالأدوية الأجنبية ، وما زالت أسماؤها عالقة فى ذهنها ، وإن هذه الشركات تتمتع بإمكانيات فنية متقدمة ، وخبرة طويلة فى صناعة الدواء ، ومنها أن متوسط أجر العاملين يصل إلى ٥٠ جنيهاً فى الشهر ، بينما لا يتعدى هذا المتوسط ٢٠ جنيهاً فى الشركات المحلية ، ومنها أن هذه الشركات لا تعانى من مشكلة العمالة المتضخمة غير الفنية وغير المدربة تدريباً كافياً التى أصبح إحدى مشاكل القطاع العام الرئيسية ، ولكن هذه الإنتاجية المرتفعة أيضاً تعود لا شك إلى حسن التخطيط ، وحسن تنظيم العمل من الناحية الإدارية .

مشكلة الأبحاث

لقد أوضحنا فيما سبق أن الحل لمشكلة التشبع الذى أصيب به سوق الدواء قبل المستحضرات المصنعة محلياً يكمن فى استنباط أصناف جديدة ، يمكن أن تحل محل الأدوية المستوردة ، وفى تحسين جودة الإنتاج ، بحيث يمكننا الاتجاه بقوة إلى التصدير .

وهذه المسألة مرتبطة أشد الارتباط بتدعيم الأبحاث الدوائية فى بلادنا . وقد أشرنا إلى أن مراكز الأبحاث فى الشركات ، ومركز الأبحاث التابع للمؤسسة ، قد تمكن من إنتاج ٢٩١ مستحضراً جديداً خلال الخطة الخمسية الأولى ، و ٩٥ مستحضراً خلال سنة ٦٥ / ٦٦ . وإذا رجعنا إلى تقرير مؤسسة الأدوية عن سنة ٦٦ / ٦٧ ، سنجد أن عدد المستحضرات الجديدة المنتجة وصلت إلى ١١٤ مستحضراً تدخل فى ٢٧ مجموعة دوائية[1] .

ولكن رغم هذه النتائج ، سنجد أن هناك عيوباً خطيرة فى الأسلوب الذى تم به الأبحاث ، وفى النتائج التى يصل إليها . فالملاحظ أولاً أن المبالغ التى تخصص لمراكز الأبحاث فى الشركات ليست محددة وتدخل فى باب المصاريف الإنتاجية ، ولذلك يصعب تحديد ميزانية واضحة لها . أما المبالغ المخصصة لمركز الأبحاث الخاص بالمؤسسة فهى ١ ٪ من مبيعات الشركات الإنتاجية . فإذا عرفنا أن الشركات المحلية باعت بما قيمته ٢١,٣ مليون جنيه سنة ٦٦ / ٦٧ يكون المبلغ المخصص لهذا المركز ٢١٠,٠٠٠ جنيه ، وهو مبلغ ليس ضئيلاً بمقاييس بلدنا وظروفها ، ومع ذلك فإنه لا يمثل ما نحتاج إليه خصوصاً إذا راعينا أن جزءاً كبيراً من هذه المبالغ تستنفد فى الجوانب الإدارية وشراء الكيماويات إلخ . والمعروف أن الشركات العالمية الكبرى تصرف مبالغ طائلة على الأبحاث الدوائية ، وأنها وسيلة من وسائل التهرب من الضرائب ، حيث إن الأموال المخصصة لهذا الغرض لا تخضع للضرائب فى البلدان الرأسمالية . ونتيجة لهذه المبالغ الضخمة ، ونتيجة لعوامل أخرى بالطبع تتقدم هذه الاحتكارات بسرعة فى مجال تحسين جودة الإنتاج ، واستحداث الأصناف الجديدة مما يوسع الهوة بينها وبيننا ويتطلب منا أن نخصص إمكانيات أكبر لتدعيم أقسام الأبحاث والرقابة فى الشركات ، ومركز الرقابة والأبحاث التابع للمؤسسة .

والواقع هو أن هذه المراكز عموماً ما زالت تفتقد إلى كثير من الإمكانيات

(١) ١١٠ مستحضر جديد فى ٦٧/٦٨ .

والأجهزة اللازمة ، كما تفتقد إلى إمكانية إرسال البعثات الضرورية إلى الخارج ، والتي تسمح باكتساب أحدث وأعمق الخبرات الموجودة فى مجال الأبحاث الدوائية .

ولكن جزءاً كبيراً من التخلف الذى ما زال يصيب البحوث الدوائية سببه هو السطحية فى إجراء هذه البحوث التى ما زالت تتم فى انعزال عن مشاكل الوحدات الإنتاجية . فلا توجد خطة للأبحاث اللهم إلا إذا كانت على الورق ولا تخرج إلى حيز التنفيذ فى صورتها المتكاملة . وما زالت الجهود التى تبذل فى ميدان البحث الدوائى مبعثرة تفتقد إلى التنسيق بين مراكز الأبحاث فى الشركات ومركز الأبحاث التابع للمؤسسة . وما زال مركز الأبحاث يقوم بدراسات ويصل إلى نتائج لا تعرف عنها الشركات شيئاً فى أغلب الأحيان ، ولا تستفيد منها بالقدر الكافى ، وما زال الطابع الغالب على هذه الأبحاث أنها محاولات لتقليد الأدوية الأجنبية ، وإن كانت هذه المحاولات تؤدى بالضرورة إلى اكتساب قواعد علمية دقيقة لها أهميتها .

إن الأمر يحتاج إلى وضع خطة شاملة بالاتفاق مع الشركات ومراكز الأبحاث فيها ، وتنسيق الجهود بين جميع المراكز بحيث يمكن تكوين فرق للبحث تعمل فى مواضيع محددة ، فى ارتباط وثيق بالنشاط الإنتاجى داخل المصانع . كما يتطلب إصدار نشرة علمية تسجل فيها مختلف الدراسات بحيث يمكن للفنيين فى مراكز أبحاث الشركات ، وأقسامها الإنتاجية ، أن يستفيدوا منها . إنها تتطلب أن تخرج أبحاث المؤسسة من عزلتها لتندمج فى حياة الشركات ولتعمل مع الباحثين فيها .

بهذه الوسائل جميعاً تستطيع صناعة الدواء أن تتقدم نحو آفاق الجودة فى الإنتاج ، والابتكار فى الصناعة .

تكرار المستحضرات ومشكلة التخصص

ما زالت الصيحات ترتفع من مختلف الجهات مطالبة بالاختصار من المستحضرات المتداولة فى السوق ، وهذه الأصوات لا شك على حق . ولكن فى

نفس الوقت يجب أن توضع في الاعتبار عدة حقائق . أولاها أنه قبل التأميم كان عدد المستحضرات المتداولة ما يقرب من ٢٠,٠٠٠ ، بينما هو لا يزيد الآن عن ٢٥٠٠ على أكثر تقدير [١] . وكان هناك عديد من المعامل الأجنبية التي تعمل بوسائل بدائية متخلفة وبإمكانيات محدودة تعيش على تصدير الدواء للسوق المصرى . وكانت المعامل المحلية في أغلب الأحيان عبارة عن شقق أو غرف ليس فيها الحد الأدنى من الشروط الصحية ، ولكنها تعمل في تصنيع بعض الأدوية ، لتكسب من ورائها الأرباح الطائلة. والتقدم الذى حدث لم يكن هيناً خصوصاً وأن الدوائر الأجنبية والجهات ذات المصلحة كانت متربصة تحاول ، بكل وسيلة ، أن تضعف الثقة في الصناعة المحلية ، وتهدمها ، حتى يعود عهد السيطرة الاحتكارية في مجال الدواء . وكان من بين أسلحتها الاستفادة من كل نقص في أى دواء ، بصرف النظر عن قيمته العلاجية، لتقيم الدنيا وتقعدها ، مستفيدة من حساسية مشاكل الصحة والدواء بين جمهور المواطنين .

ولكن الوضع الآن أصبح مختلفاً بعد أن تأكدت دعائم الصناعة الوطنية ، وبعد أن تعود المستهلكون والأطباء ، إلى درجة كبيرة ، على استخدام الأدوية المصنعة محليا . وأصبح من الممكن إعادة تنظيم صناعة الدواء على أسس أسلم ، بحيث يمكن تفادى العيوب الموجودة والارتفاع بمستوى جودة الإنتاج ، وتصنيع مستحضرات جديدة لم تكن تنتج في الماضى .

لقد أصبح علينا الآن أن نطلع إلى آفاق جديدة في صناعة الدواء . إن الظروف الاقتصادية الشاقة التي تمر بها بلادنا قد تعود علينا في هذا المجال ، كما هو الحال في عديد من مجالات حياتنا ، بفوائد كثيرة ليس أقلها أنها تتطلب مزيداً من النظام والحسم في معالجة أية مظاهر للفوضى ، كما تتطلب الدراسة العلمية السليمة والتخطيط الدقيق بهدف حسن استغلال طاقاتنا ، والتخلص من مختلف أوجه الإسراف أو التبديد لإمكانياتنا الصناعية .

---

(١) الأصناف المستوردة انخفضت من ١١,٠٠٠ إلى ٧٨٠ ثم إلى ٥٥٣ .

إن الأمر يتطلب الآن خطوات حاسمة لتأكيد مبدأ التخصص فى الإنتاج بين الشركات المختلفة دون الإخلال بالمنافسة المفيدة التى تهدف إلى تحسين الإنتاج . وهذا يتطلب الإقلال من عدد الأدوية المحلية المتشابهة ، وغير الهامة ، لتوفير الجهود التى كانت تبذل فى إنتاجها ، والمنافسة عليها بين الشركات ، مما يؤدى إلى تراكم المخزون السلعى . وينبغى توجيه تلك الجهود الضائعة إلى تحسين جودة الإنتاج ، واستحداث المستحضرات الجديدة .

إن مبدأ التخصص غير مطبق حتى الآن ، بينما نحن فى أشد الحاجة إلى تعميق سياسة التخصص والتوسع فيها ، وذلك عن طريق الاستمرار فى توزيع المجموعات الدوائية على الشركات ، وتحديد حريتها فى تسجيل المستحضرات الجديدة ، منعاً للتكرار ، ثم وضع الخطط السنوية وفقاً لهذه التخصصات . إن التخلى عن هذا الأسلوب أمر خطير يدعم اتجاهات المضاربة الرأسمالية بين الشركات التى تنتمى إلى قطاع الدواء ، وهو ميدان أحوج ما يكون إلى تغلب المصالح العامة على مصالح الأفراد والمجموعات المختلفة فى الشركات . إننا نحتاج إلى جهود مستمرة لتحسين مستوى الإنتاج وتصنيع تلك الأدوية التى تحتاج إلى خبرة خاصة والتى لم نقتحم مجالها حتى الآن ، وكذلك حتى نتمكن من رفع مستوى منتجاتنا بحيث نستطيع الاستغناء عن عدد متزايد من المستحضرات التى ما زالت تستورد حتى الآن ، والتى تمثل ٢٠ ٪ من استهلاك الدواء فى بلادنا .

ولا شك أن ظروف المعركة التى يخوضها الوطن العربى ضد الاستعمار العالمى وقاعدته العدوانية إسرائيل ، والمعركة الاقتصادية التى تصاحبها ، قد ألجأت البلاد العربية إلى بحث إمكانيات التعاون المتزايد فيما بينها ، والاستغناء عن استيراد ما يمكن أن توفره الطاقات الإنتاجية فى البلاد العربية نفسها .

إن سوق الدواء ما زال يعانى من تكرار المستحضرات والمنافسة الحادة حولها ، ومن الجرى خلف بعض التيارات الاستهلاكية الخاطئة والسائدة حتى الآن . ومثال ذلك استهلاك الجمهور من الفيتامينات والمقويات المختلفة الذى وصل

خلال سنة ٦٦ / ٦٧ إلى ٤ ملايين و ٩٥٦ جنيهاً ، واستهلاك المسكنات ومضادات الروماتيزم الذى وصل إلى ١,٠٧٠,٠٠٠ جنيه فى نفس السنة ، بينما الفائدة الطبية لعملية ابتلاع الأدوية دون مبررات كافية أمر مشكوك فيه للغاية . وهكذا يذهب جزء هام من جهود الشركات لسد هذه الطلبات والمنافسة حولها وبيع عديد من المستحضرات المتكررة (عدد المستحضرات المحلية ١١١٤) بينما نجد أنفسنا وقد اضطررنا خلال نفس العام من استيراد ١٢٣٣ مستحضراً من الخارج وهو عدد يزيد عن ٥٠٪ من المستحضرات المتداولة فى السوق وإن كان لا يمثل سوى ٢٠٪ من إجمالى الاستهلاك .

إن التخصص يتطلب الاستمرار فى تطبيق سياسة دمج الشركات حتى يصل إلى تكوين عدد أقل من الوحدات الإنتاجية ذات الإمكانيات الإنتاجية والفنية والعلمية الكبيرة ، والقدرة على العمل فى ظروف مناسبة ، تسمح لها بمنافسة المستحضرات الأجنبية ، وتقضى على الاختناقات ، وتوحد الجهود ، وتمكن هذه المنشآت من العمل على أسس إنتاجية وتجارية صحيحة وبمعدلات للمصاريف وللدخل تتفق والقواعد الاقتصادية السليمة .

شركات ذات رأس مال مشترك واتفاقات تصنيع

لقد عقد فى سنة ١٩٦١ اتفاق بإنشاء ثلاث شركات ذات رأس مال مشترك على أساس ٦٠٪ للرءوس الأموال الأجنبية ، و ٤٠٪ لرءوس الأموال المحلية . ويحق لهذه الشركات أن تحول أرباحها إلى الخارج . وقد دخلت فيها الاحتكارات الدوائية العالمية فايزر الأمريكية ، وهوكست الألمانية ، ثم سيبا وساندورز وواندر ، وهى الشركات الثلاث التى دخلت فى تكوين سويس فارما .

ورأس مال شركة فايزر مصر هو ٢٠٠,٠٠٠ ، وقد حققت أرباحاً صافية مقدارها ٢٦٧,٠٠٠ جنيه سنة ١٩٦٤ . أما رأس مال شركة سويس فارما فهو أيضاً ٢٠٠,٠٠٠ جنيه . وأصغر هذه الشركات هوكست الشرقية التى لا يتعدى

رأس مالها ١٣٠,٠٠٠ جنيه ومع ذلك فقد حققت أرباحاً صافية قدرها ١٣٢,٠٠٠ جنيه سنة ١٩٦٤ .

وقد قفز إنتاج هذه الشركات من ١,١٧ مليون جنيه فى سنة ٦٢ / ٦٣ إلى ٤,٢٣ ملايين سنة ٦٥ / ٦٦ ثم إلى ٤,٣٥ ملايين سنة ٦٦ / ٦٧ بزيادة ٢٧٢ ٪ عن سنة ٦٢ / ٦٣ وأصبحت تمثل ما يقرب من ٢٠ ٪ من إجمالى إنتاج الشركات المحلية بينما رأس مالها لا يتعدى ٥٣٠,٠٠٠ جنيه .

والملاحظ بالنسبة إلى إنتاج هذه الشركات أنها تستولى بالتدريج على جزء من سوق الدواء الخاص بالشركات المحلية مستفيدة من سمعة الدواء الأجنبى ، وميل الأطباء والجمهور حتى الآن إلى تفضيله على الأدوية المحلية الصرفة ، حتى وإن كان إنتاج الشركات الأجنبية لا يمتاز فى كثير من المستحضرات عن الإنتاج المحلى فى شىء . وهى تستفيد أيضاً من إمكانياتها الكبيرة فى الإنتاج والدعاية ، وخبرتها الفنية وقدرتها على دفع أجور عالية وحريتها فى التخلص من كل العاملين الذين لا ترضى عن مستوى أدائهم . ولا شك أن الأجور العالية التى تدفعها تجعل العاملين حريصين على عملهم وعلى الاحتفاظ به .

وأنتجت هذه الشركات ٩٢ مستحضراً من ١٨٦ مستحضراً أدخلوا فى العقود التى أبرمت معهم . وذلك حتى آخر سنة ١٩٦٧ . ومع ذلك لم يتحقق الغرض الأساسى من إنشائها . ذلك أنها كانت حريصة على إنتاج المستحضرات التى لا تحتاج إلى خبرة خاصة ، بل إنها أنتجت بالفعل مستحضرات تصنع أيضاً فى الشركات المحلية ، بل أكثر من هذا لجأت إلى استيراد المادة الخام فى صورتها النهائية بحيث لا تحتاج إلا إلى بعض العمليات النهائية والبسيطة لتحويلها إلى أدوية جاهزة (أقراص أو أشربة أو أمبولات) . يضاف إلى ذلك أنها لا تسمح بتدريب الفنيين من شركات أخرى فى مصانعها . ولكل هذه الأسباب مجتمعة لم تستفد الصناعة الدوائية من وجودها أى شىء . ولم يتحقق الغرض الأصلى من إنشائها ، بل إن وجودها يشكل عنصر منافسة وتأكيداً للوجود الأجنبى فى سوق

الدواء ، وتدعيماً للأسماء الأجنبية فى ذهن الأطباء والمستهلكين ، دون أن تستفيد خبرة جديدة ، أو فائدة علمية ، أو تصنيعاً محلياً لدواء كنا عاجزين عن إنتاجه .

وقد حققت هذه الشركات زيادة مضطردة فى مبيعاتها . فارتفعت من ١,٠٣ مليون جنيه سنة ٦٢ /٦٣ إلى ٣,٣٩ ملايين سنة ٦٥ / ٦٦ ثم إلى ٤,٤٢ ملايين جنيه سنة ٦٦ /٦٧ ممثلة بذلك ما يقرب من ٢٠ ٪ من إجمالى مبيعات الدواء المحلى . وهكذا تمكنت من تحقيق أرباح كبيرة وتحويلها إلى الخارج. وأصبح وضع هذه الشركات من الأمور التى تحتاج إلى دراسة للبت فى مصيرها [١].

ويرتبط بهذا الموضوع أيضاً ما يسمى باتفاقات التصنيع . وهى صورة أخرى من صور الاستغلال الأجنبى ، والتى تدل على أن الاحتكارات العالمية سعياً وراء الربح ، ووراء الاحتفاظ ببعض مراكزها تبحث عن أشكال جديدة ملائمة للتغلغل .

تمكنت الصناعة المحلية خلال عام ٦٦ / ٦٧ من زيادة كميات الأدوية المصدرة ، فارتفعت من ٣٤٠ ألف جنيه سنة ٦٥ / ٦٦ إلى ٥٥١ ألف فى تلك السنة والمؤسسة تدرك الآن أهمية التصدير كحل للاختناق الذى يلوح فى الأفق ، وتدرك الإمكانيات المتزايدة التى تتفتح أمام بلادنا فى هذا المجال . ولكن المسألة تحتاج ، إلى جانب الجهد المنظم فى تخطيط وتصنيع الأدوية ، قدراً أكبر من الإيمان بإمكانياتنا الوطنية ، بدلاً من المبالغة فى عقد اتفاقات التصنيع التى تمثل صورة جديدة من صور التغلغل الأجنبى فى صناعتنا الدوائية ، تلك الاتفاقات التى وصل عددها إلى ٦٠٢ وإن كان لم ينفذ منها حتى الآن سوى ٢٣٩ . وهذه الاتفاقات تحمل معها صوراً مختلفة من الإتاوات ، ومن تحويل نسبة من هذه الإتاوات إلى الخارج ، ومن الإلزام بشراء الكيماويات من مصادر معينة بأثمان

---

(١) انخفضت مبيعات هذه الشركات بمقدار مليون جنيه خلال السنة المالية ٦٧/٦٨ وأصبحت تمثل ١٥ ٪ من مبيعات الشركات المحلية بدلا من ١٩,٦ ٪ .

كثيراً ما تكون مرتفعة للغاية ، وتؤكد سياسة الاحتكارات فى مجال تصدير المواد الكيماوية .

ومع عدم التغاضى عن بعض الاتفاقات التى عقدت بشروط ميسرة ومفيدة لنا ، وعن الأهمية الفنية والعلمية للبعض الآخر ، والخبرة التى يمكن أن نسعى إلى اكتسابها عن طريقها ، فإن عدداً كبيراً منها ما زال تعبيراً عن تحكم عقدة الإيمان بكل ما هو وارد من الخارج ، وعن الخضوع للاعتبارات التجارية الضيقة من جانب الشركات التى تسعى إلى بيع بضاعة رائجة ولو حتى على حساب المصلحة العامة . وأجدر بنا أن نبذل الجهود للاعتماد على مئات الكفاءات وآلاف العاملين فى قطاع الدواء الذين يمثلون قوة جبارة صنعت الكثير ، وتستطيع أن تصنع ما هو أكثر إذا عرفنا كيف نعتمد عليها ، ونجند إمكانياتها بأسلوب ديموقراطى سليم .

مشكلة المواد الخام

إن أهم دعامة تتقدم عليها صناعة الأدوية فى الدولة هى القدرة على تصنيع الكيماويات بحيث تفى بحاجة الصناعة ، وتساير التوسع فى التصنيع الدوائى .

ومن المشاكل الرئيسية التى تعانى منها صناعة الدواء حتى الآن هى اعتمادنا على استيراد الكيماويات من الخارج ، مما يجعلنا تحت رحمة الاحتكارات العالمية ، ويكلفنا مبالغ كبيرة من العملة الصعبة تصل إلى ملايين الجنيهات ، وهذا عنصر أساسى يؤدى إلى ارتفاع سعر الأدوية فوق الأسعار التى كان يمكن أن تباع بها ، لأننا ندفع أسعاراً مرتفعة للكيماويات .

وقد كان الغرض من إنشاء شركة النصر للصناعات الدوائية تخليق بعض أنواع المواد الخام ، ولكن هذا المشروع وضع فى الواقع على أسس خاطئة ، حيث إن تخليق الكيماويات الدوائية ، إذا أردنا له أن يقوم على أسس اقتصادية سليمة ، لابد أن ينبنى على المنتجات الجانبية لصناعات أخرى . ولذلك كان لابد أن يقابل عقبات كثيرة وأن يتعثر ، وأن يعجز عن إنتاج كميات كافية من

المواد الخام الكيماوية بأسعار معقولة . وكانت هذه الشركة ، منذ إنشائها ، مصدر خسارة لقطاع الدواء ، ولم تتمكن من موازنة دخلها بمصروفاتها إلا أخيراً ، ومع ذلك فما زال المشروع مزعزع الأركان ، قليل الإنتاج .

والواقع أن صناعة الكيماويات الدوائية مرتبط ارتباطاً وثيقاً بنوعين من الصناعات الثقيلة . الأولى هي الصناعات البترو الكيماوية ، أى الصناعات المرتبطة بمشتقات البترول ، والثانية صناعة الأصباغ . ولذلك كان من الأفضل بكثير الانتظار حتى تقف صناعة البترول ومشتقاته على إقدامها ، بدلاً من إقامة صناعة لا تستطيع أن تنتج إلا عدداً محدوداً من المواد الأولية الدوائية بتكلفة باهظة . ولا شك أنه ، فى خلال السنين القادمة ، يمكن أن تؤدى الاكتشافات البترولية بالتدريج إلى خلق هذه الصناعة ، مما سيكون له أبلغ الأثر فى تحرير صناعة الدواء من الاعتماد الكلى على الاحتكارات الأجنبية كمورد للكيماويات ، ويساعد على تخفيض أسعار الأدوية ، وعلى تقدم الصناعة الوطنية .

الثقة فى الدواء المحلى

كانت الدعاية الواسعة النطاق والمعتمدة على إمكانيات مادية ضخمة ، هى الوسيلة الأولى التى كانت تستخدمها الشركات الأجنبية فى الترويج لمستحضراتها سواء أكانت هذه المستحضرات ذات قيمة علمية وعلاجية ، أو مستحضرات عفى عليها الزمن ، أو ثبت من التجربة عدم فعاليتها . كما أن عديداً من المعامل الأجنبية الصغيرة كانت تغرق الأسواق بمستحضرات لا فائدة لها ، بل وأحياناً ضارة .

والنتيجة الحتمية لذلك ، هو أنه ثبت فى أذهان الشعب ، والصيادلة ، والأطباء ، أسماء عديدة لأدوية تنتجها البلاد الغربية .

إن الشركات ذات الرأسمال المشترك ، وكثيراً من اتفاقات التصنيع تؤدى فى الواقع إلى تثبيت أسماء مستحضرات كان يجب أن تنسى ، لأن مثيلاتها تنتج

محلياً وعلى نفس المستوى من الجودة .

ولا شك أن الوسيلة الأساسية لتدعيم ثقة الأطباء والصيادلة والمستهلكين بالدواء المصرى هو تحسين مستوى الإنتاج باستمرار . ولكن هناك زاوية يجب مراعاتها . وهى أنه يصعب بإمكانياتها المحدودة نسبياً ، أن نصل إلى نفس الشكل الخارجى فى التعبئة والتغليف . وأنه يجب على الأوساط المعنية أن تتغاضى إلى حد ما عن الشكليات لتهتم أكثر بمدى فعالية الدواء علمياً وطبياً .

ولكن فى نفس الوقت يجب التركيز على وسائل الإعلام الفنى للأطباء والصيادلة ، وعلى وسائل الإعلام الشعبى لجماهير المستهلكين . وهذا ليتطلب تدعيم أجهزة الإعلام على أساس علمى مدروس ، والاضطلاع على كل جديد فى حقل التصنيع الدوائى ، وعمل خطة إعلام على النطاق القومى بالتعاون بين أجهزة وزارة الصحة ، والمؤسسة وشركاتها ، ونقابات المهن الطبية ، وأجهزة الإعلام المختلفة .

وفى هذا الصدد فإن تدريس الفارماكوبيا المصرية فى كليات الطب أمر بالغ الأهمية لتأكيد الأدوية المحلية فى أذهان الأجيال المتعاقبة من الأطباء .

تخفيض استهلاك الأدوية ممكن ولازم

قد يبدو لأول وهلة ، إذا ما تحدثنا عن تخفيض استهلاك الأدوية أننا نتعرض لموضوع لا يمكن أن يكون فى صالح المواطنين ، فلابد أن يثور السؤال : فى بلد ما زال فيه المستوى الصحى منخفضاً ، وما زالت تنتشر فيه الأمراض ، كيف يمكن أن نتحدث عن تخفيض استهلاك الدواء ؟

ولكننا نقصد بالطبع تخفيض الاستهلاك الذى لا لزوم له . فى ظل المتاعب الاقتصادية التى نعانى منها ، وضرورة التوفير على قدر الإمكان ، حتى يمكن الاستمرار فى عملية التنمية بقوة متزايدة ، وإيجاد المبالغ اللازمة لتوسيع نطاق الخدمات ، لابد من اقتصاد كل قرش لايصرف بطريقة سليمة .

وتخفيض استهلاك الدواء أمر ممكن ومفيد . ذلك أنه يتضح بالدراسة البسيطة لبعض جوانب هذه المشكلة أن هناك استهلاكاً للدواء لا يأتى بأية فوائد للمرضى ، بل ربما يترتب عليه فى بعض الأحيان ، ونتيجة للاستخدام الخاطىء للأدوية أضرار للمستهلكين .

وهذا جانب من الموضوع . أما الجانب الآخر فإنه يتعلق باستهلاك الأدوية الأجنبية ، حيث إننا نستطيع ، إذا ما لجأنا إلى تناول الأدوية المصنوعة محلياً ، بدلاً من شراء الأدوية الأجنبية من السوق ، أو التحايل للحصول عليها من البلاد العربية المجاورة أو من أوربا ، نستطيع أن نوفر قدراً من العملة الصعبة التى نحتاج إليها أشد الاحتياج ، وأن نساهم فى تدعيم الصناعة الوطنية . وهذا يتطلب ، فى رأينا فرض رسم على الأدوية التى كانت تصرف مجانياً فى التأمين الصحى ، أو فى عقود علاج الشركات ، أو فى الوحدات الريفية حتى نحد من صرف الأدوية بدون لزوم . كما يتطلب حملة دعاية واسعة ضد استهلاك الفيتامينات ، والمسكنات ، والمضادات الحيوية ، الذى لا تبرره اعتبارات طبية حقيقية .

رفع الكفاية الإنتاجية للعاملين

أشرنا فى جزء سابق إلى مشكلة الإنتاجية بالنسبة للفرد . وإذا كانت المهمة الأساسية التى تواجهنا هى الارتفاع بجودة الإنتاج ، واستحداث الأصناف الجديدة ، فإن ذلك يتطلب لا شك الارتفاع بالكفاية الإنتاجية للعاملين . ولا يمكن أن تتحقق هذه المهمة الأساسية إلا عن طريق التدريب . والتدريب قسمان أساسيان : التدريب من خلال العمل المنظم بطريقة سليمة ، وعلى أسس فنية وعلمية ، ثم برامج التدريب المختلفة ، التى يمكن أن تتم داخل البلاد ، إما فى المصانع ، عن طريق الفنيين فيها ، وهذا الأسلوب له أهمية خاصة ، وإما بإرسال العاملين فى بعثات إلى مراكز التدريب المختلفة ، أو المعاهد ، أو الكليات . وهناك فى نفس الوقت بعثات التدريب والتعليم التى ترسل إلى الخارج .

والواقع أن الاهتمام بهذه النواحي ما زال محدوداً للغاية ، وهذا أمر خطير . لأن معناه أن يتوقف التقدم عند حد معين ، لأن القائمين على العمل فى صناعة الدواء لا يكتسبون خبرات جديدة ، ولا يفتحون عقولهم على التقدم المذهل الذى يتم فى جميع أنحاء العالم .

وإذا كانت البلاد الغربية هي أكثر الأقطار تقدماً فى صناعة الدواء ، فإن أسلوبها فى التعامل مع المبعوثين يشوبها عيب أساسى ، وهو أنها تحجب عنهم المسائل الأساسية التى تساعد على التطور الفنى . ولذلك فأمامنا فرص أفضل فى البلاد الاشتراكية ، وهذه الفرص تتسع مع كل تقدم يحرزونه فى مجال صناعة الأدوية . كما أن هذه البلاد تعتمد على الاقتصاد المخطط ، مما يجعل تجاربها أكثر فائدة لنا فى عديد من النواحى .

وهناك مشروع آن الأوان لكى يوضع موضع التطبيق ، وهو مشروع إنشاء مركز تدريب الصناعات الدوائية الذى وضع فى الخطة ولم ينفذ حتى الآن .

الاهتمام بأجهزة التخطيط والإحصاء

إذا أردنا أن توضع صناعة الدواء على قاعدة سليمة لابد من الاهتمام بالتخطيط . إن وجود خطة شاملة تتضمن النقاط المختلفة التى أشرنا إليها هى الضمان للسير بطريقة مدروسة تتمشى مع إمكانياتنا واحتياجاتنا ، كما أنها الوسيلة الوحيدة لتقييم النتائج تقييما دقيقاً .

وحيث إن التخطيط ما زال يخطو خطواته الأولى فى بلادنا ، ونظراً لأنه يتعارض مع كل مظاهر الفوضى والتحكم الفردى والتصرف على أسس غير مدروسة ، فإن تطور أجهزة التخطيط فى المؤسسة والشركات ما زال يلاقى صعوبات جمة . ومع ذلك فإن قطاع الدواء يوفر ظروفاً مواتية للغاية أمام التخطيط الشامل . فالتصنيع والتجارة ، والاستيراد ، والتصدير ، جميعها خاضعة للقطاع العام . وهذه الأوضاع تسهل عملية التخطيط الكامل لكل نواحى النشاط فى قطاع الدواء .

والأمر يحتاج فى نفس الوقت إلى اهتمام خاص بإرسال بعثات التخطيط إلى الخارج لتعود بخبرة البلدان الاشتراكية ، وحتى يمكن أن تضيف إلى الخبرة التى تراكمت خلال سنين العمل ، المعرفة العلمية المبنية على دراسة أرقى مستويات الخبرة .

وفى المعركة الحالية لتصفية العدوان الاستعمارى الصهيونى لا يخفى على أحد ما لصناعة الدواء من دور مهم فى أية معارك قادمة وفى الجهود المبذولة لتدعيم الاقتصاد الوطنى وجعله قادراً على مواجهة المصاعب التى تحيط به .

الفصل الثانى

طب الطوارئ

عندما وضعت عناصر وفصول هذا الكتاب لم يكن فى ذهنى أن أتعرض « لطب الطوارئ » ، ولكن أحداث ٥ يونيو ، وما ترتب عليها من استعدادات لأى عدوان آخر محتمل ، والتجارب التى خضتها مع مجموعة من الأطباء فى تنظيم خدمة الطوارئ الطبية سواء فى القاهرة أو فى منطقة القنال ، جعلتنى أشعر بأهمية تلخيص الخبرة التى حصلنا عليها حتى يمكن الاستفادة منها عند الضرورة .

وأن وجود العدو على ضفاف القنال ، واحتلاله لجزء من أراضينا يؤكد ضرورة اليقظة والاستعداد لكل الاحتمالات . ولا شك أن الخدمات الطبية لابد أن تكون معدة لمواجهة أى ظروف طارئة فى المستقبل .

وفى هذا الفصل عن الطوارئ الطبية سنتعرض لقسمين أساسيين . القسم الأول خاص بالجهاز الذى أنشأته وزارة الصحة لمواجهة الطوارئ الطبية ، والمهام المختلفة التى قام بها ، والخطة التى تبلورت خلال العمل . والقسم الثانى خاص بالملاحظات والخبرات التى خرجنا بها من ممارسة المسئوليات التى كلفنا بها فى محافظة القاهرة ومنطقة القنال .

أولا : اللجنة المركزية العليا للخدمات الصحية الخاصة بالطوارئ

فى أواخر شهر مايو سنة ١٩٦٧ صدر القرار الوزارى رقم ١٢ « بشأن تعبئة الخدمات الصحية بالجمهورية العربية المتحدة لمواجهة الطوارئ » ، وجاء فى صدر هذا القرار أنه ، نظراً للظروف الطارئة التى تجتازها البلاد ، فإن الأمر يستلزم

أن تكون الخدمات الصحية على مستوى المسئولية ، لتشارك بأكبر نصيب لمواجهة الطوارئ والاحتمالات المختلفة .

وبناء على توصيات المجلس الأعلى للخدمات الصحية بجلستيه المنعقدتين فى ٢٣ و ٢٤ مايو سنة ١٩٦٧ تقرر تشكيل لجنة مركزية عليا للطوارئ الطبية برئاسة الوزير .

وتختص اللجنة المركزية بوضع الخطة التنفيذية العامة لتنسيق كافة الجهود فى المجال الطبي والصحى بالجمهورية ، بما يكفل وضع جميع الإمكانيات من أفراد ، ومستشفيات ، ووحدات ، وتجهيزات وأدوية ، فى حالة استعداد كامل لمواجهة الطوارئ فى الظروف الحاضرة ، ومتابعة تنفيذ هذه الخطة .

وحتى يمكن وضع خطة طوارئ طبية تشمل الجوانب المختلفة شكلت خمس لجان هى :

١ — اللجنة الوقائية .

٢ — اللجنة العلاجية .

٣ — لجنة الأدوية والأمصال .

٤ — لجنة عمليات الدم .

٥ — لجنة التدريب على التمريض والإسعاف والحوادث .

وتضمن القرار أيضاً تشكيل لجان تنفيذية فى المحافظات ، تستطيع اللجنة المركزية العليا من خلالها أن تحول الخطة الطبية للطوارئ إلى خطوات تنفيذية ، وتختص هذه اللجان التنفيذية :

١ — بالعمل على توفير الأدوية ، والمهمات ، والمستلزمات الطبية بمخزن الطوارئ فى المحافظة لاستعمالها ، عند الطوارئ .

٢ — حصر أسرة المستشفيات بالمحافظة ، وإعدادها من ناحية الأفراد ، والتجهيزات ، والمستلزمات ، والأدوية ، مع وضع خطة تفصيلية لعلاج حالات الطوارئ ، وكذلك خطة الإخلاء ، طبقاً للبرنامج الذى تعده اللجنة المركزية .

٣ — توفير العدد الكافى من المتطوعين والمتطوعات على أعمال التمريض والإسعاف والدفاع المدنى ، مع توفير الإمكانيات اللازمة لتدريبهم طبقاً للبرنامج الذى تضعه اللجنة المركزية العليا .

٤ — توفير العدد الكافى من المتطوعين لنقل الدم والإمكانيات اللازمة لعمليات الإدماء .

٥ — توفير فرق جراحية متنقلة ، وكذلك [illegible] وهيئة التمريض ، والسيارات اللازمة لهم .

٦ — تجهيز مراكز الإسعاف وتحديدها .

٧ — اتخاذ الإجراءات الوقائية طبقاً للخطة التى تضعها اللجنة المركزية .

٨ — تنفيذ جميع التعليمات التى تصل من اللجنة المركزية ، كما تقرر أيضاً تشكيل لجان فرعية ، أو على الأقل تحديد مسئولين للتدريب ، والدم ، والشئون العلاجية فى المحافظات .

وقد تشكلت اللجنة المركزية العليا من وكلاء وزارة الصحة ، وعمداء كليات الطب بالقاهرة والإسكندرية ، ومدير عام الهيئة العامة للتأمين الصحى ، ورئيس مجلس إدارة المؤسسة العلاجية لمحافظة القاهرة ، ورئيس مجلس إدارة مؤسسة الأدوية ، ونقباء المهن الطبية وممثل من منظمة الشباب .

ويلاحظ فى هذا التشكيل غياب أربعة عناصر مهمة كان من المفيد وجودها وهى : مندوب عن المقاومة الشعبية ، والدفاع المدنى ، والاتحاد الاشتراكى ، والعاملين فى الخدمات الصحية . وفيما يتعلق بالعاملين فى الخدمات الصحية نلاحظ الاتجاه إلى إهمالهم فى الأجهزة التى تشكل لتخطيط وتنسيق الخدمات الصحية . ومع الاعتراف بضعف تنظيماتهم النقابية ، وبعجزها عن تمثيل العاملين فى الخدمات الصحية تمثيلاً شاملاً وديموقراطياً ، فإن السبيل الوحيد إلى تدعيم هذه التنظيمات وتطهيرها من الشوائب التى تعوق عملها هو إشراكها فى العمل .

(أ) التدريب

هناك ثلاثة أنواع من التدريب :

١ ـ التدريب على الإسعافات الأولية لمدة ٦ أيام .

٢ ـ التدريب على التمريض لمدة شهر فى مدارس التمريض .

٣ ـ التدريب على جروح الحرب للأطباء .

وفيما يتعلق بالتدريب عموماً ، فقد لوحظ أنه لابد من تحديد مسئول للتدريب متفرغ على مستوى كل محافظة ، وتشكيل لجنة تساعده فى مهامه ، حيث إنها متشعبة ومتعددة ، وتتطلب القيام بمئات الأعمال التنظيمية . والواقع أنه على مستوى المحافظات لم توجد مثل هذه اللجان . وفى الحالات القليلة التى تشكلت فيها لم تجتمع ، ولم تقم بعملها كما يجب. ومن المفيد أن يمثل فى هذه اللجان القائمون على التدريب بالفعل ، مثل مسئول الهلال الأحمر ، أو مديرى مدارس التمريض ، أو الحكيمات المشرفات ذوات الخبرة ، وأحد الأطباء ذوى الخبرة فى جروح الحرب ، وممثلى الاتحاد الاشتراكى ومنظمات الشباب ، حيث إن حركة المتطوعين ، وعملية التوزيع على مراكز التدريب تتم بالتعاون معهم .

كما أنه من المهم إبراز الجانب العملى فى التدريب ، حيث إن المحاضرات النظرية ليست لها سوى قيمة محدودة للغاية . والواقع أنه خلال التدريب الذى تم كان التركيز الأساسى على المحاضرات ، مما أدى إلى انخفاض مستوى إعداد المتطوعين والمتطوعات .

وقد تم طبع آلاف النسخ من كتاب « المسعف » و « الممرضة المتطوعة » ، ولكن لم نتمكن من معرفة مدى استفادة المتطوعات من هذه الكتب ، وهل قرئت أم لا ؟

إن تجربة الطوارئ أثبتت الأهمية القصوى للتدريب على الإسعاف والتمريض ، وبينت ضرورة أن يكون هذا التدريب جزءاً من الحياة اليومية للشعب ، بحيث

يكون معداً من قبل لمثل هذه الطوارئ ، بدلاً من الانتظار حتى آخر لحظة . وفى هذا الصدد تستطيع كليات الطب أن تدرب جميع الطلبة والطالبات على الإسعافات الأولية ، بوصفها جزءاً أساسياً من الدراسة ، كما ينبغى على منظمات الشباب أن تدخل التدريب على الإسعاف كجزء أساسى من برامج منظمات الشباب . والواقع أن إنشاء مراكز للتدريب الدائم فى كل مكان مسألة مهمة . ويمكن أن يشمل هذا التدريب جميع التجمعات الهامة مثل الكليات ، والمعاهد ، والمدارس ، والمصانع .

وفيما يتعلق بالتدريب على التمريض لمدة شهر يمكن التفكير فى جعل هذا التدريب إجبارياً على جميع الفتيات اللائى يتخرجن من المدارس الثانوية ، والجامعات ، والمعاهد العليا ، بوصفه جزءاً أساسياً من إعداد الفتاة فى مجتمعنا.

والتجربة التى مررنا بها بينت أن عديداً من الأطباء تنقصهم الدراسة الكافية عن جروح الحرب . وقد كان للكتيب الذى أعدته نقابة الأطباء أثر طيب ولكن فى الواقع كان الجهد الذى بذل فى التدريب أقل مما يجب بكثير . وهذا يدفعنا إلى التفكير الآن فى ضرورة إدخال جروح الحرب كجزء من التعليم الطبى ، وعمل تدريبات للأطباء فى المحافظات المختلفة ، بالتعاون بين مديريات الصحة وبين النقابات الفرعية .

كذلك يمكن التفكير فى استغلال الإذاعة والتليفزيون لإعطاء الشعب عموماً مبادئ الإسعاف الأولية التى يجب أن يعرفها فى الواقع كل مواطن ، وفى نفس الوقت حتى لا يفقد المدربون على الإسعاف أو على التمريض ما تعلموه بمرور الزمن ، لابد من عمل فترات تدريبية جديدة عن طريق ربط المتطوعات بمراكز التدريب ، والمستشفيات ، وترددهن عليها على فترات منتظمة للقيام ببعض الأعمال .

كما ينبغى عمل خطة استدعاء سريعة لهن ، وتجربتها عدة مرات ، والتأكد من العناوين ، ووسيلة الاتصال ، على فترات دورية حتى نضمن إمكانية انتظام فرق المتطوعات بسرعة عند الحاجة إليهن .

(ب) الدم

يمكن تلخيص خطة الطوارئ الخاصة بالدم فى بضع نقاط : — وأولى الخطوات فى هذه الخطة هى ضرورة معرفة المراكز الموجودة فعلاً وطاقتها ، ومدى استعدادها ، وتوزيعها الجغرافى ، ويلى ذلك إنشاء مراكز فى الأماكن التى يتضح ضرورة إيجاد مراكز فيها ، بعد دراسة التوزيع الجغرافى للمراكز القائمة . ويلاحظ ضرورة إعطاء اهتمام بصفة خاصة للمناطق المهمة عسكرياً ، أو صناعياً ، أو التجمعات البعيدة ، والمدن التى يسهل انقطاع الاتصال بها . كما ينبغى أن تتضمن الخطة إيجاد مراكز احتياطية معدة من حيث الأجهزة ، والثلاجات ، والقوة البشرية ، يمكن أن تعمل إذا ما توقفت المراكز الأصلية عن العمل لسبب من الأسباب .

وتتطلب خطة الدم التعاون الوثيق مع المكاتب التنفيذية فى الأقسام والمراكز حتى تضمن سيلاً منتظماً من المتطوعين. ومن المفيد الاستمرار فى تحديد فصائل الدم وتسجيلها بين العاملين فى التجمعات الكبيرة مثل المصانع والكليات والانتقال بعد ذلك إلى الأحياء إن أمكن .

وقد دلت التجربة على أن هناك نقصاً فى الثلاجات الصالحة لحفظ الدم ، وكذلك فى عدد الفنيين . ويتطلب الأمر إذن إحضار أعداد إضافية من هذه الثلاجات ، وإعداد الفنيين اللازمين . ونتيجة للتجربة الماضية أصبحت معدلات التجهيز فى مراكز نقل الدم الرئيسية والفرعية محددة بدقة . ويلاحظ بالنسبة لجمع الدم من المتطوعين ، أن وجود سيارات متنقلة لنقل الدم تسهل العملية إلى درجة بعيدة ، حيث إن إحدى المشاكل الهامة هو تكاسل المتطوع فى كثير من الأحيان عن الذهاب إلى مراكز نقل الدم الثابتة التى تبعد مسافة قصيرة أو بعيدة عن مقر عمله ، أو مكان سكنه .

(ح) الأدوية والأمصال والمستلزمات الطبية

عملت معدلات لما يسمى « بالألف مصاب » ، ووزعت هذه المعدلات على المحافظات المختلفة ، وعلى الأخص المحافظات المعرضة للعمليات العسكرية . ويتضح من الدراسات المختلفة ضرورة إيجاد مخزون يكفى ثلاثة أشهر فى المناطق البعيدة ، أو التى يسهل انقطاع الصلة بينها وبين مراكز التموين الطبى الأساسية فى البلاد .

ومن المهم عند توزيع مخازن الأدوية ، ومستلزمات الطوارئ ، مراعاة عدم وضعها فى مكان واحد ، وإنما تقسيمها بين عدة مخازن فرعية ، بهدف تسهيل عمليات الصرف السريعة ، وحمايتها من أن تصاب دفعة واحدة ، إذا ما استهدفت للقذائف أو القنابل . كما اتضحت ضرورة إحاطتها بجميع احتياطات الدفاع المدنى ، بما فيها أجهزة الحريق ، وتنظيم نوباتجية دائمة لمدة ٢٤ ساعة أثناء الطوارئ فى هذه المخازن ، وفى مخازن التموين الطبى عموماً ، حتى يمكن طلب أى كمية من الأدوية أو المستلزمات بصفة مستعجلة .

(د) مستويات الطوارئ الطبية للمصابين

ينبغى تنظيم الطوارئ الطبية على أساس إيجاد ثلاثة مستويات : المستوى الأول هو فرق المقاومة الشعبية ، والدفاع المدنى ، والمربعات السكنية ، حيث يتطلب وجود مسعفين أو مسعفات فى هذه الفرق ، وفى كل مربع سكنى ، على أساس نوبتجية على مدار ٢٤ ساعة . وتقوم المكاتب التنفيذية بتجديد عدد المربعات السكنية فى كل شياخة ، ويزود كل مسعف بشنطة إسعاف مبسطة حددت محتوياتها بدراسة من نقابة الأطباء . كما يجب تزويد أكبر عدد ممكن من الناس عموماً بهذه الشنط ، وبالذات الأطباء ، وأفراد هيئة التمريض . وكذلك من المفيد تزويد فرق المقاومة الشعبية ، وفرق الدفاع المدنى ، والمربعات السكنية ، بنقالات مبسطة ، بحيث يسهل نقل المصابين ، ويمكن تصنيعها بتكاليف بسيطة .

والمستوى الثانى هو مركز الإسعاف ، وقد حددت أدوية وأجهزة كل مركز بواسطة دراسة مشتركة بين النقابة واللجنة العلاجية المتفرعة من اللجنة المركزية العليا للطوارئ الطبية . وتعتبر جميع المستشفيات مراكز إسعاف بطبيعتها ، ويمكن تزويد وحدات وزارة الصحة المختلفة مثل مكاتب الصحة ، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ، ومجموعات الصحة المدرسية ، بمعدلات مركز الإسعاف . ومن المهم ضمان خدمة طبية طوال الليل والنهار أثناء الطوارئ إما بتزويد هذه المراكز بعدد كاف من الأطباء ، أو الاستعانة بأطباء الحى لتبادل النوبتجيات مع الأطباء الدائمين . وفى الفترات التى لا توجد فيها طوارئ ينبغى تنظيم المراكز بحيث يمكن أن تعمل بسرعة ، وذلك بتحديد العاملين فى كل مركز ، وعمل خطة استدعاء سريعة يمكن تجربتها على فترات دورية ، وبوضع الأدوية والأجهزة فى صناديق مغلقة يكتب عليها اسم المركز بحيث يسهل إرسالها فى الحال .

أما فى الشياخات التى لا يوجد فيها وحدات صحية من أى نوع ، فيجب اختيار أماكن صالحة لمراكز الإسعاف مثل المدارس أو النوادى إلخ ، وتجهيزها بالمعدلات اللازمة ، وتحديد الخدمة الطبية الملائمة . ويمكن الاستفادة من جميع العيادات ، والمستوصفات القائمة ، سواء أكانت داخل منشآت (مصانع ، شركات ، مؤسسات) أو مملوكة لأفراد ، (الأطباء) وإقناع القائمين عليها بتحويلها إلى مراكز إسعاف .

ولابد من أن يزود كل مركز بثلاث أو أربع نقالات مبسطة ، كما ينبغى دراسة أقرب وأسهل وسيلة لاستدعاء سيارات الإسعاف ، وتحديد المستشفى الذى يمكن أن يحول إليه المصابون .

ومن الضرورى التأكد من تطبيق إجراءات الدفاع المدنى كاملة فى هذه المراكز (إظلام عند اللزوم ، إضاءة احتياطية إلخ) .

المستوى الثالث هو المستشفيات ، وفيما يتعلق بالمستشفيات يجب مراعاة عدة مسائل :

١ ــ إعداد عدد كاف من الأسرة الخالية للطوارئ ، بحيث يمكن استقبال المصابين فوراً .

٢ ــ التأكد من وجود الأدوية ، والأجهزة ، والمستلزمات الطبية اللازمة ، بحيث يمكن استغلال طاقة المستشفى إلى أقصى حد .

٣ ــ تحديد أماكن للإخلاء مثل المدارس ، التى يمكن أن توضع فيها أسرة ، أو الفنادق وتحديد مستشفيات للنقاهة بحيث يمكن نقل المصابين بعد إجراء العمليات لهم ، لإخلاء الأسرة ، واستقبال المصابين الجدد .

٤ ــ إيجاد مستشفيات وحجرات عمليات تحت الأرض ، فى المناطق المعرضة للهجوم العسكرى ، مثل منطقة القنال .

٥ ــ التأكد من كل التفاصيل الهامة مثل وجود ماكينة نور فى حالة انقطاع التيار الكهربائى ، وفناطيس مياه احتياطية ، ولمبات عمليات بالبطارية ، وأسطوانات أوكسجين ونيتروز مزودة بالمنظمات اللازمة ، وإجراءات الدفاع المدنى ، مع ضمان وجود عدد من العاملين مدربين على الإنقاذ ، وإطفاء الحرائق .

مسائل عامة

١ ــ القوة العاملة من الأطباء وهيئات التمريض . لوحظ أثناء العمل أنه لا يوجد حصر عام ودقيق لأفراد الهيئات الطبية ، وهذا نقص خطير ، سواء من ناحية التخطيط الصحى العام ، أو من ناحية خطة الطوارئ ، التى تستلزم مثل هذه المعلومات ، لإمكان استخدام القوة الطبية بكفاءة فى حالة الطوارئ .

ولذلك من أهم الأعمال التى يجب أن تقوم بها الهيئات المساهمة فى تنفيذ خطة الطوارئ ، مثل اللجان التنفيذية ، والنقابات الفرعية ، هو حصر عدد الأطباء ، وأفراد هيئة التمريض ، وتخصصاتهم ، ومقار عملهم ، وسكنهم ، وتحديد خطة استدعاء سريعة لهم جميعاً ، تتضمن الأماكن التى يجب أن يتوجهوا إليها فوراً عند حدوث أى طارئ .

ويجب أن يتضمن هذا الحصر أسماء الأطباء المتطوعين للقيام بأعمال معينة .

وفى نفس الوقت لوحظ وجود بعض التخصصات الناقصة مثل أطباء التخدير . ولذلك يجب على الوزارة ، منذ الآن ، أن تتخذ الخطوات اللازمة لتلافى مثل هذا النقص فى المستقبل .

٢ — ينبغى عمل حصر لجميع السيارات الموجودة فى كل محافظة على مستوى المراكز ، وتحديد السيارات التى يمكن ، عند اللزوم ، أن تحول إلى عربات إسعاف لنقل المصابين ، ومعرفة أرقامها واسم سائقها ، حتى يمكن استدعاؤها فى أى لحظة بواسطة السلطات المسئولة ، وكذلك إعداد النقالات اللازمة .

كما يجب عمل خطة لتشغيل سيارات الإسعاف ، بحيث يوزع جزء منها على مختلف مناطق المدينة ، ويبقى جزء أساسى فى غرفة العمليات المركزية ، بحيث يمكن توجيهها عند اللزوم لنقل المصابين من أى منطقة تكثر فيها الإصابات نتيجة حدوث غارات ، أو قذف بالمدافع إلخ .

٣ — يجب أن تعد منذ الآن خطة طوارئ على نطاق القطر ، وعلى نطاق كل محافظة على حدة ، بحيث يمكن تنفيذها فوراً عند اللزوم. ويجب أن تتضمن هذه الخطة الإجراءات البديلة ، والإمكانيات الاحتياطية ، إذا ما استحال تنفيذ أى خطوة من خطوات الخطة الأصلية ، كما ينبغى أن تشمل مسحاً شاملاً ودقيقاً لكل الإمكانيات (أجهزة ، أدوية إلخ) والبشرية ، وطريقة الاستفادة السريعة من هذه الإمكانيات .

٤ — لابد من تشديد جميع الإجراءات الوقائية فى فترات الحروب ، نتيجة لمخاطر انتشار الأمراض المعدية ، والوبائية ، بسبب الهجرة ، أو تعطيل المرافق ، أو كثرة المصابين ، أو المتاعب الغذائية والمعيشية عموماً إلخ . وهذا يتطلب اهتماماً مضاعفاً بوسائل تطهير المياه ، وإيجاد مصادر احتياطية لها ، ومكافحة الحشرات بالمطهرات ومساحيق التعفير ، وإيجاد كميات كافية من الأمصال ، والطعوم

المحفوظة بطريقة سليمة ، والرقابة على الأغذية فى المدارس ، والمستشفيات ، والمطاعم ، والمخازن ، ومصانع الأغذية ، والأسواق ، ومحلات البيع .

ثانياً : نقابة الأطباء

منذ الأيام الأولى لظهور بوادر العدوان أرسل مجلس النقابة مذكرة إلى أمين المكتب التنفيذى للاتحاد الاشتراكى العربى لمحافظة القاهرة مقترحاً عليه تنسيق العمل فى جميع قطاعات الخدمات الصحية لمحافظة القاهرة ، وإخضاعها لإشراف لجنة موحدة تضم الممثلين المسئولين فى المجالات التنفيذية المختلفة مع ممثلى النقابات الطبية والتنظيم الشعبى ، على أن تتولى هذه اللجنة حصر الإمكانيات المتاحة فى المحافظة ورسم خطة طوارئ كاملة للمحافظة .

وفى نفس الوقت تم الاتصال بوزير الصحة لنفس الغرض واجتمع المجلس الأعلى للخدمات الصحية يوم ٢٣/ ٥ / ٦٧ وتقرر فى هذا الاجتماع تشكيل اللجنة المركزية العليا للطوارئ الطبية .

وقد أوضحت خطة الطوارئ الدور الذى يستطيع أن يلعبه كل جهاز من الأجهزة المشتركة فى اللجنة المركزية العليا . فمثلاً كان الجهاز الشعبى هو المسئول عن حصر المتطوعين للتمريض والإسعاف والتبرع بالدم ، بينما تولى الجهاز التنفيذى إعداد المراكز والإمكانيات اللازمة للاستفادة من هؤلاء المتطوعين . وقد رئى أن المسئولية الملقاة على عاتق نقابة الأطباء تحتم أن تشارك إيجابياً فى تنفيذ الخطة الصحية الموضوعة للطوارئ ، وسد بعض الثغرات التى تكتشف أثناء التنفيذ .

وعندما لاحت بوادر المعركة أصبح لزاماً أن تضاعف نقابة الأطباء جهودها . واجتمعت مجموعة من الأطباء يوم ٣٠ مايو سنة ١٩٦٧ لدراسة الموقف ، وقدمت لمجلس النقابة عدة اقتراحات ، واجتمع مجلس النقابة يوم ٣١ مايو ١٩٦٧ ، ووافق على هذه الاقتراحات التى تتلخص فى تشكيل لجنة متفرغة من بعض أعضاء المجلس ، وبعض الأطباء من خارج المجلس ، لتدعيم مساهمة

النقابة فى سد احتياجات المعركة داخل إطار قرارات اللجنة المركزية العليا ، واللجان التنفيذية بالمحافظات ، وبإشراف مجلس النقابة .

وبدأت اللجنة عملها يوم ٣ يونيوسنة ١٩٦٧ وحددت خطة عملها بالآتى :

١ ـ تسجيل جميع إمكانيات الأطباء الفنية ، والمادية، وإرسالها إلى الجهات التى تحتاج إليها .

٢ ـ متابعة قرارات اللجنة المركزية العليا ، واللجان المتفرعه منها ، واللجان التنفيذية بالمحافظات ، لضمان تنفيذها ، ولسد أى نقص من حيث الإمكانيات المادية والبشرية .

٣ ـ تحديد مندوبين للنقابة فى تجمعات الأطباء بالمستشفيات ، والوحدات الصحية المختلفة ، وعن طريق النقابات الفرعية لتنسيق جهود الأطباء مع الهيئات الإدارية ، والمكاتب التنفيذية للاتحاد الاشتراكى .

٤ ـ تنظيم تطوع الأطباء لسد احتياجات المعركة سواء فى الميدان ، أو المستشفيات أو مراكز الإسعاف ، أو بالإشراف على تدريب المتطوعين للإسعاف والتمريض .

٥ ـ توفير احتياجات الإسعاف الأولية مثل شنط الإسعاف والنقالات .

٦ ـ إعداد عيادات الأطباء لتكون مراكز إسعاف .

٧ ـ تنظيم عملية تدريب الأطباء على جراحة الحوادث .

وقد تم توزيع مندوبى اللجنة المتفرغة على مناطق القاهرة ، تحت إشراف وزير الصحة ، الذى عقد اجتماعاً مشتركاً بينهم وبين مديرى المناطق الطبية . وبعد الانتهاء من عملهم فى القاهرة سافر أعضاء اللجنة المتفرغة مع مندوبين من وزارة الصحة ، إلى منطقة القنال ، لمباشرة نفس العمل فى إعداد الطوارئ الطبية هناك .

وإلى جانب النقاط التى تعرضنا لها فى الأجزاء الخاصة بالتدريب ، ومراكز

الدم ، ومخازن الأدوية والمستلزمات ومراكز الإسعاف ، والمستشفيات ، والتى ينبع جزء كبير فيها من تجربة مندوبى اللجنة المتفرغة . فهناك خبرات أخرى من المفيد تلخيصها فى هذا الجزء عن الطوارئ الطبية .

١ — ضرورة وجود خطة تفصيلية للطوارئ الطبية تكون معدة سلفاً ويمكن تطبيقها عند اللزوم ، بحيث تعرف كل جهة ويعرف كل فرد العمل الذى يجب أن يقوم به .

٢ — ضرورة طبع ما يسمى « بدليل الطوارئ الطبية » يضمن الإرشادات اللازمة لكل طبيب فى حالة الطوارئ الطبية .

٣ — ضرورة طبع وتوزيع كتاب « الممرضات المتطوعة » و « الإسعاف الأولية » و « جراحة الحرب » على أوسع نطاق .

٤ — اتضح خلال ممارسة العمل فى مدة المعركة الأهمية القصوى للتعاون بين الأجهزة الشعبية والأجهزة التنفيذية مما ساعد على تنفيذ عديد من الأمور بسرعة وإتقان.

٥ — ظهر أنه ، إلى جانب وجود مندوب للنقابة فى كل منطقة طبية ، ينبغى تعيين مندوب فى كل مكتب تنفيذى على مستوى الأقسام والمراكز ، مما يجعل متابعة العمل أكثر فعالية .

٦ — أهمية وجود صلة واضحة ومستمرة بين النقابة وبين طلبة الطب ، وكذلك بين النقابة والعاملين فى الخدمات الصحية .

٧ — نظراً لوجود العدو فى جزء من أرض الوطن ، وللتهديدات التى ما زالت تخيم على الوطن العربى ، لابد من أن يستمر الاستعداد الطبى لكل الاحتمالات . وأن يعد كل شىء لاحتمال استئناف المعركة .

لقد كانت فترة المعركة قصيرة . ولكنها كانت غنية بالتجارب فى المجال الطبى ، شأنه شأن عديد من المجالات الأخرى .

فمن خلال الانتصارات والهزائم ، يصلب عود الشعب ويصبح قادراً على تحمل أعباء المستقبل. وعلى بناء مجتمع تسود فيه الحرية الحقيقية والرفاهية للجميع.

ختام

تقييم الخطة الخمسية الأولى

التقييم جزء لا يتجزأ من التخطيط ، وهو عملية منسقة للغاية تتطلب تقديراً حقيقيًّا للنتائج التي حققها كل قطاع ، وكل فرع على حدة ، وهذا العمل لا غنى عنه ، وينبغي أن يكلف به جهاز منفصل عن الجهاز المخطط ، فليس من السليم أن يكون الشخص حكماً وطرفاً في آن واحد .

إن كل تقدم نسعى إلى تحقيقه لابد من أن يبنى على دراسة نواحي النجاح والقصور في الماضي .

وإذا أردنا أن نقيم الخطة الخمسية الأولى يجب أن نضعها في إطار الخطة العامة للخدمات ، بل خطة التنمية الاقتصادية كلها . ولكننا في الواقع عاجزون عن القيام بمثل هذا العمل . أولاً لأن الخطة الخمسية الأولى لم تكن في الواقع خطة مترابطة منسقة تتداخل فروعها تداخلاً وثيقاً بحيث تسير جنباً إلى جنب في انسجام ، وإنما كانت جماع برامج جزئية يقوم بها كل قطاع على حدة ، وتهدف أساساً إلى تقسيم الاعتمادات المالية على القطاعات المختلفة ، وثانياً لأن مثل هذا الجهد يتطلب الحصول على بيانات شاملة عن الخطة ثم تحليلها ، وهو عمل يفوق طاقة شخص بمفرده .

إن انتقال السلطة السياسية إلى الأيدي الوطنية ، وهو أمل عزيز تحقق ، لا يشكل في حد ذاته حافزاً اجتماعياً ومادياً يدفع الشعب إلى الانطلاق والعمل المضاعف ، ما لم يترجم هذا الأمل إلى تحسن فعلي في معيشة الجماهير العاملة التي طحنتها عهود الاستغلال ، وهذا هو الذي يشعر قوى الشعب العاملة علمياً

ومادياً وواقعياً بأن النظام السياسى قد تغير خطوات لمصلحتها ، بعد أن كان لمصلحة طبقة تمثل قلة من الإقطاعيين والاحتكاريين والرأسماليين. وهذا الإحساس الداخلى عند القوى العاملة للشعب بزيدها استمساكاً بالطريق الذى اختارته .

ثم إن هناك اعتبارات إنسانية كان لا يمكن أن تغيب عن ذهن السلطة عندما وضعت الخطة الخمسية ، اعتبارات إنسانية حتمت الاهتمام بالخدمات كجزء هام وأساسى من خطة المستقبل .

ولذلك نجد أنه فى الاستثمارات التى حددت للخطة الخمسية الأولى خصص مبلغ ١١١ مليون جنيه أى ٦,٥ ٪ للخدمات الاجتماعية ، منها ١٠,٤ ملايين جنيه للخدمات الصحية . وكان المبلغ المخصص لوزارة الصحة ٦,٥ ملايين جنيه .

ومع ذلك فقد ترتب على صدور قرارات يوليو ١٩٦١ أثناء تنفيذ الخطة الخمسية الأولى ، أن أدخل على هذه الخطة تعديلات جذرية فى اتجاه إعطاء مزيد من الاهتمام للخدمات الصحية . وزادت بذلك جملة استثمارات الخطة الخمسية لوزارة الصحة من ٦,٥ ملايين جنيه إلى ما يقرب من ٢٠ مليوناً علاوة على ما خصص لمشروع التأمين الصحى من اعتمادات لمواجهة الاحتياجات الصحية للفئات العاملة فى المدينة .

ولا شك أن الخطة الخمسية لوزارة الصحة شأنها فى ذلك شأن خطط القطاعات الأخرى وخصوصاً فى الخدمات قد تأثرت بالصعوبات المتعلقة بالإنشاءات والمقاولات. فالتركيز على بعض الإنشاءات الكبرى أدى إلى ندرة مواد البناء والتشييد ، وكذلك إلى ظهور اختناقات فى النقل والإنشاء .

وقد أدى استغلال القطاع الخاص فى المقاولات لهذا الوضع ، مع فشل القطاع العام فى تحمل مسئولياته الإنشائية ، إلى رفع أسعار العمليات التى يقوم بها مباشرة أو من الباطن ، مما أدى إلى ارتفاع التكاليف فى البناء ارتفاعاً كبيراً، فضلاً عن الارتفاع الذى طرأ على الأسعار عموماً فى الجمهورية العربية المتحدة .

أساليب التقييم

تنقسم أساليب التقييم إلى :

١ — التقييم الكمى الذى يهتم بدراسة وتقدير ما تم تنفيذه من مشروعات الخطة ، ومدى التزام التنفيذ بما تقرر فى الخطة من استثمارات ، وبالأولويات المقررة والتوقيت الزمنى الذى تحدد للتنفيذ .

٢ — التقييم النوعى الذى يهتم بدراسة وتقدير مدى تحقيق مشروعات الخطة لأهدافها من حيث الزيادة التى تحققت فى الخدمات المختلفة ، والتحسن الذى طرأ على المعدلات من حيث الأسرة ، والقوة العاملة الفنية والمساعدة ، والمعامل ، وعلى عدد المنتفعين بالوحدة الواحدة ، وكذلك مدى تحقيق الخطة لعدالة توزيع الخدمات بين المدن والريف ، وبين المحافظات المختلفة .

٣ — التقييم الاقتصادى الذى يعتمد على دراسة وتقدير الزيادة فى الدخل القومى فى قطاع الخدمات الصحية ، وكذلك العمالة المحققة نتيجة للتوسع فى هذه الخدمات ، وكذلك الزيادة فى متوسط دخل الفرد وإنتاجيته ، وإجمالى الزيادة فى الدخل القومى والإنتاج القومى الذى تحقق نتيجة لتنفيذ الخطة الصحية .

ولكن يصعب علينا فى المرحلة الحالية أن ننفذ هذه الأنواع الثلاث من التقييم ، ولابد من اختيار بعض النقاط الأساسية كمقاييس لتقييم الخطة الخمسية الأولى لوزارة الصحة . وذلك لعدة أسباب أولها : استحالة عمل تقييم اقتصادى سليم لتقدير الزيادة فى متوسط دخل الفرد ، أو الدخل القومى ، أو الإنتاج القومى نتيجة لتنفيذ المشروعات الصحية . وذلك لأن هناك عوامل كثيرة أخرى خلاف الخدمات الصحية تؤثر فى اقتصاد البلاد مثل ارتفاع مستوى المعيشة ، وزيادة مستوى الخدمات الأخرى ، وانتشار الوعى والثقافة ، ولا يمكن فصل هذه العوامل المتعددة الواحدة عن الأخرى لتقدير مدى مساهمة كل عامل منها .

٢ — لم يوضع لكل نوع من أنواع الخدمة أهداف مفصلة بحيث يمكن

قياس مدى تحقق هذه الأهداف . مثال ذلك هبوط نسبة الوفيات إلى حد معين ، هبوط نسب الإصابة بمرض من الأمراض إلى حد معين ، اختفاء أمراض معينة ، ارتفاع متوسط سن الفرد إلى سن معين .

٣ — يقتضى القيام بالتقييم النوعى أن تتم عمليات مسح صحى للمناطق المختلفة بالنسبة إلى مختلف الأمراض بحيث يمكن تقدير معدل الإصابة أو العجز أو الوفاة نتيجة لهذه الأمراض كل ١٠ سنوات مثلاً ، حتى يمكن قياس التحسن فى المستوى الصحى .

٤ — إن الآثار الصحية والاقتصادية الناتجة عن إقامة المشروعات الصحية لا تظهر مباشرة ، وإنما تؤتى ثمارها بعد فترة زمنية طويلة .

المشاكل الصحية الأساسية

يمكن تلخيص المشاكل الصحية الأساسية التى كانت قائمة قبل تنفيذ الخطة الخمسية الأولى فى المشكلات الآتية :

١ — مشكلة الأمراض المتوطنة وهى البلهارسيا والملاريا والأمراض الطفيلية الأخرى .

٢ — مشكلة الدرن .

٣ — الأمراض الوبائية والوافدة وأمراض التغذية والطفولة .

٤ — النقص الشديد فى الخدمات الصحية القائمة وانخفاض مستواها وعلى الأخص فى المناطق الريفية .

٥ — الخلل الواضح فى توزيع الخدمات الصحية بين القطاعات الجغرافية المختلفة ، وبين المدينة والقرية ، وبين العلاج المجانى ، والعلاج الخاص وبين العلاج والوقاية .

وفى العشر سنوات السابقة على الخطة الخمسية الأولى لم تكن ميزانية وزارة الصحة تتجاوز ٣ ٪ من الميزانية العامة ، بينما تصل هذه الميزانية إلى ١٠ ٪ فى

البلاد المتقدمة التى عادة ما تتمتع بمستوى صحى أفضل بكثير عن المستوى الموجود فى بلادنا . إن جماهير الشعب فى الجمهورية العربية المتحدة ما زالت معرضة لمخاطر صحية مثل الأمراض المتوطنة والدرن والأمراض المهنية تستلزم اعتماد مبالغ ملائمة للتخلص منها الواحدة بعد الأخرى .

التخطيط الصحى

كان لابد أن تنعكس الخطوط الاقتصادية العامة لسياسة التنمية ، على الاتجاهات العامة للسياسة الصحية . فبالقدر الذى اعتمدت الدولة ، فى مختلف ميادين العمل ، على تدعيم وتوسيع الملكية العامة ، انعكست هذه السياسة فى المجال الصحى بتأميم شركات ومعامل تصنيع الدواء ومستلزماته ، والتوسع فى هذه المصانع ، ثم إنشاء المصانع المكملة لها . كما اعتمدت على توسيع القطاع المجانى المملوك للدولة فى المدينة والريف ، وعلى إنشاء المؤسسة العلاجية . وسارت السياسة الصحية على أساس توفير الخدمات اللازمة للمواطنين جميعاً والتخلص أكثر فأكثر من قيود الأوضاع الاجتماعية القديمة ، وقدرة المنتفعين الشرائية ، واعتبار هذا العمل جوهر المهمة التى يجب أن تؤديها الأجهزة العاملة . وقد أدى ذلك الاتجاه إلى التوسع فى تقديم الخدمات العلاجية والوقائية . فى الريف والمدينة ، مع السعى لإيجاد قدر أكبر من التوزيع الجغرافى العادل .

إن رفع مستوى الأداء فى أجهزة الملكية العامة هو الذى يفتح الطريق إلى مزيد من الخدمات الصحية المنظمة لخدمة جماهير الشعب والقضاء على مظاهر الاستغلال وعدم المساواة فى فرص العلاج التى ما زالت قائمة .

وإذا كانت الإنشاءات الجديدة عنصراً أساسيا فى توسيع نطاق الخدمات الصحية فإن الإمكانيات والكفاءات البشرية هى الرأسمال الأصلى لضمان نجاح هذه الإنشاءات . لذلك كان طبيعياً أن نجد اهتماماً كبيراً فى زيادة عدد الخريجين من معاهدنا العلمية الصحية المختلفة ، والدراسات العليا والبرامج

التدريبية المختلفة والمبعوثين فى الخارج .

وفى إطار هذه المفاهيم تحددت أهداف الخطة الخمسية الأولى وما بعدها فى الاتجاهات التالية :

أولا : السياسة العلاجية المجانية : التى تهدف إلى توسيع القاعدة العريضة للخدمات المجانية فى الريف والمدينة مع السعى إلى تحقيق قدر أكبر من المساواة فى التوزيع ، وذلك بتنفيذ أربعة مستويات أساسية من الخدمات .

(ا) الوحدات الصحية الريفية .

(ب) المجموعات الصحية والأقسام الصحية فى الوحدات المجمعة .

(حـ) المستشفيات المركزية .

(د) المستشفيات العامة .

ثانياً : خلق قطاع عام فى الخدمة الطبية وتوسيعه :

(ا) التأمين الصحى

(ب) تنظيم العمل الطبى فى الشركات والهيئات والمؤسسات التى لم تطبق التأمين الصحى .

(حـ) إنشاء المؤسسات العلاجية .

(د) العلاج بأجور رمزية فى المستشفيات الحكومية ومستشفيات التأمين الصحى والمؤسسات العلاجية والمستشفيات الجامعية .

ثالثاً : إقامة مراكز مختلفة للعلاج النوعى :

(ا) التوسع فى المستشفيات المتخصصة وتدعيم المعاهد النوعية .

(ب) تنظيم العلاج فى الخارج وطريقة استقدام الخبراء .

(حـ) تطوير الإسعاف .

رابعاً : السياسة الوقائية العلاجية :

(ا) وضع الأنظمة الكفيلة بحماية البلاد من الأمراض الوبائية .

(ب) اتخاذ بعض الخطوات بهدف حل المشاكل الصحية الأساسية وأهمها البلهارسيا والملاريا والدرن .

خامساً : السعى إلى تحقيق الكفاية العددية :

من العاملين فى القطاع الصحى : الأطباء والفئات المساعدة .

سادساً : توفير الدواء للمنشآت الصحية المختلفة وللشعب :

وحتى يمكن تحقيق هذه الأهداف كان لابد من زيادة حجم الإنفاق على الخدمات الصحية ، والاستثمارات اللازمة لتنفيذ الخطة والمشاريع المتعلقة بها .

لذلك زادت ميزانية وزارة الصحة من ٦,٧٦١,٠٠٠ جنيه سنة ٥٢ / ٥٣ إلى ١١,٤٥٢,٠٠٠ جنيه سنة ٥٩ / ٦٠[1] ثم إلى ٣٢,٦٥٩,٠٠٠ جنيه سنة ٦٦ / ٦٧ ورفعت الاستثمارات من ٦,٥ ملايين جنيه إلى ما يقرب من ٢٠ مليون جنيه أى إلى ثلاثة أضعاف .

التقييم الكمى

بلغت جملة الاعتمادات المقررة لمشروعات وزارة الصحة فى الخطة الخمسية الأولى مبلغ ١٧,٩١٣,٣٧٧٧ جنيهاً .

وقد بلغ جملة المنصرف الفعلى على مشروعات الخطة ١٤,٦٠٥,١٩٨ أى ٨١,٥ ٪ من المبلغ المقرر . وبلغت قيمة الديون المستحقة على أعمال تم تنفيذها بمشروعات الخطة مبلغ ٣,٢٠٠,٠٠٠ جنيه كما تبلغ قيمة التكاليف المقدرة

(١) الباب الأول أجور ومهايا تمثل وحدها ٢٣ مليون جنيه تقريباً ما يدل على أن الأجهزة الصحية مكبلة بداء التضخم فى العمالة غير المؤهلة والمدربة .

لاستكمال مشروعات الخطة ٥,٣٢٦,٩٠٠ جنيه . ومعنى ذلك أن إجمالى تكاليف الخطة وصل إلى ٢٣,١٣٢,٠٩٨ جنيهاً، ويتضح إذن أن قيمة الأعمال التى تم تنفيذها فى مشروعات الخطة تبلغ ١٧,٨٠٥,١٩٨ (١٤,٦٠٥,١١٨ المنصرف الفعلى + ٣,٢٠٠,٠٠٠ ديون مستحقة على أعمال تم تنفيذها) وعلى هذا تكون نسبة التنفيذ الحقيقية $\frac{١٧ ٨٠٥,١٩٨}{٢٣ ١٣٢ ٠٩٨}$ = ٧٧ ٪ وفى نفس الوقت يتضح أن التكاليف الفعلية للخطة زادت على الاستثمارات المقدرة إلى نسبة ١١٧ ٪ .

وإذا ألقينا نظرة لمقارنة معدل التنفيذ فى الأنواع المختلفة من المشروعات نجد أن التنفيذ فى المشروعات الصغيرة الحجم مثل الوحدات الريفية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة سار حسب التخطيط الموضوع فيما عدا المناطق النائية ومحافظة قنا .

وفى المشروعات المتوسطة الحجم كان معدل التنفيذ أقل من ذلك ، بينما كان المعدل بادى الضعف فى المشروعات الكبيرة . انظر جدول رقم ٥٣ .

جدول رقم ٥٣

أولا : مشروعات صغيرة الحجم :

	تم التشغيل	جارى التنفيذ	الجملة
إنشاء وتجهيز وحدات صحية ريفية	٦٤٥	٢٠٦	٨٥١
إنشاء وتجهيز ٣١ مركز رعاية أمومة وطفولة	٣٠	٨	٣٨
تجهيز ٣٦ مركز رعاية أمومة وطفولة	٣٦	٠٠	٣٦
تجهيزات الحجر الصحى	١٣	٠٠	١٣
إنشاء وتجهيز عيادات جذام	٥	٠٠	٥
تجهيز ١٠ مجموعات علاجية مدرسية	١٠	٠٠	١٠
تجهيز ٨٨ وحدة صحية مدرسية	٨٨	٠٠	٨٨
إنشاء وتجهيز ٧ معامل مشتركين	٧	٠٠	٧
تجهيز ٣٣ مدرسة للممرضات		٠٠	
و م . ممرضات وزائرات صحيات	٣٣		٣٣
تجهيز ٢٧ مكتب صحة	٢٧	٠٠	٢٧

ثانياً : مشروعات متوسطة الحجم :

	تم التشغيل	جاري التنفيذ	الجملة
مجموعات صحية	١٥	٣	١٨
إنشاء وتجهيز ٣٩ مستشفى مركزى	٢٦	١٣	٣٩
إنشاء وتجهيز ١٠ مستوصفات صدر	٦	٤	١٠
إنشاء وتجهيز ٦ مستشفيات حميات ٤٠ سريراً	٥	١	٦

تابع الجدول رقم ٥٣

ثالثاً : مشروعات كبيرة الحجم :

	تم التشغيل	جاري التنفيذ	الجملة
إنشاء وتجهيز ١١ مستشفى عام	٤	٧	١١
مشروع إنشاء وتجهيز ١٢٠٠ سرير ببعض مستشفيات القاهرة	٢	٨	١٠
إنشاء وتجهيز ٦ مستشفيات صدر ١ — ٣٠٠ سرير (المنصورة ٥ — ١٢٥ سريراً)	١	٥	٦

والبيان التالى عن الموقف التنفيذى لبعض المشروعات الكبيرة الحجم فى نهاية الخطة ، يدل على مدى التأخير فى تنفيذ بعض هذه المشروعات :

بيان عن الموقف التنفيذى لبعض المشروعات الكبيرة الحجم فى نهاية الخطة ٦٤/٦٥

	تاريخ البدء فى العملية المقررة	مدة العملية	تاريخ إنهاء العملية المقررة	نسبة التنفيذ حتى ٦٥/٦/٣٠
إنشاء وتجهيز و إدارة ١٢٠٠ سرير بمحافظة القاهرة :				
استكمال مستشفى أحمد ماهر	٦٤/٦/٣	٩ شهر	٦٥/٣/٣	٪٨٠
استكمال مستشفى باب الشعرية	٦٣/٦/٢٥	٢٧	٦٥/١/١٥	٪٦٠
إنشاء مستشفى المنشاوية ١٠٠ سرير	٦٤/٦/٦	١٥	٦٥/٩/٥	٪٦٠
إنشاء مستشفى الدراسة ٢٠٠ سرير	٦٥/٣/١			٪٥٠
إنشاء مستشفى شبرا ٢٥٠ سرير	٦٣/٢/١٥			٪٥٠
إنشاء مستشفى المطرية ١٠٠ سرير	٦٤/٦/٨	١٨	٦٥/١٢/٧	٪٢٥
إنشاء مستشفى مصر القديمة ٢٠٠ سرير	٦٤/٦/٨	١٨	٦٥/١٢/٧	٪٢٥
إنشاء مستشفى عقلية حلوان	٦٤/٦/١٠	١٨	٦٥/١٢/١٠	٪٦٠
إنشاء مستشفى عقلية إسكندرية	٦٤/٧/١٣	١٩	٦٥/١١/١٣	/ ٦٦
إنشاء مستشفى السويس العام	١٩٦٣			٪١٠
إنشاء مستشفى صدر المنصورة ٢٥٠ سرير	٦٣/٥/٥	١٨	٦٥/١١/٤	٪٥٠
إنشاء مستشفى حميات المنصورة ٤٠ سريراً	٦٤/٥/٣٠	١٢	٦٦/٦/٣٠	٪٩١
إنشاء مستشفى الزقازيق العام	٦٣/٥/١	١٧	٦٤/١٠/١	٪٣١
إنشاء مستشفى بنها العام	٦٣/٦/١٥	١٨	٦٤/١٢/١٥	٪١٨
إنشاء مستشفى شبين الكوم العام	٦٣/١١/١١			٪٨١
إنشاء مستشفى الشهداء المركزى	٦٤/٧/١			٪٣١
إنشاء مستشفى بنى سويف العام	٦٣/٦/٣	٢٤	٦٥/٩/٣٠	٪٣٨
إنشاء معهد شلل الأطفال	٦٢/١٢/٢٥	٢٨	٦٤/٦/٣٠	٪٨٣
إنشاء مستشفى الفيوم العام	٦٤/١٠/١٣	٣٠	٦٧/٤/١٣	٪٣٠
استكمال مستشفى المنيا العام	٦٤/٣/٣٠	٦	٦٤/٩/٣٠	٪٣٤
إنشاء جناح ٨٠ سريراً بمستشفى أسيوط العام				٪٧٠
إنشاء مستشفى مركزى بصدفا ٦٠ سريراً				٪٣٠
إنشاء مستوصف صدر إدفو	٦٤/٢/٢١	٨	٦٤/١٠/٢٠	

لقد ارتفعت التكاليف الفعلية للإنشاء عما كان مقدراً فى الخطة ، وهذه التكاليف كانت تزيد من سنة إلى أخرى . فقد ارتفعت تكلفة إنشاء السرير مثلاً من ٨٠٠ إلى ٢٠٠٠ أوحتى ٢٥٠٠ ، وتكلفة الوحدة الريفية من ٢٥٠٠ إلى ٨٠٠٠ ، وتكلفة إنشاء مستوصف الصدر من ١٧,٠٠٠ إلى ٢٦,٠٠٠ جنيه .

ومن العيوب التى عانت منها الخطة أيضاً أنه نفذ عدد كبير من المشروعات الهامة فى وقت واحد وتم توزيع الاعتمادات المقررة عليها ، وتخصيص مبالغ قليلة لكل مشروع مما أدى إلى بطء معدل التنفيذ وكان من الواجب عمل تقدير أدق لإمكانية البلاد الفعلية حتى تنتهى جميع المشاريع ، بدلاً من البدء فى إنشاءات عديدة بقى جزء كبير منها دون أن يستكمل .

وتحتاج المستشفيات الكبيرة إلى تجهيزات ميكانيكية تستورد بالنقد الأجنبى . وكانت هذه المشكلة إحدى الأسباب المعطلة للتنفيذ .

التقييم النوعى

مما لا شك فيه أن تغطية البلاد بشبكة من الإنشاءات الصحية فى المدينة والريف ، هو الأساس المادى الذى يسمح ، ليس فقط بعلاج المرضى ولكن أيضاً بالبدء فى تنفيذ سياسة وقائية سليمة . فعندما يوجد ١١٧١ وحدة ريفية تمتد على نطاق المحافظات ، وعندما تقيم الوزارة ٢٩ مستشفى مركزياً وما يقرب من ٣٠ مستوصفاً للصدر ، وعشرات المجموعات الصحية المدرسية ، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة . وعندما تزود المنشآت بالمعامل اللازمة وبالأطباء والمساعدين الفنيين ، فإن ذلك لابد أن يؤتى ثماره وأن ينعكس فى ارتفاع مستوى الخدمات الصحية وبالذات فيما يتعلق بالفئات التى كانت محرومة من العلاج الطبى .

وربما كان للإحصاءات التالية عن هبوط نسب الأمراض والوفيات دلالتها على ارتفاع المستوى الصحى نتيجة لهذه التوسعات فى الخدمة الصحية . فقد هبطت نسبة الإصابة بالبلهارسيا بين المترددين على وحدات الأمراض المتوطنة

من ٤٣ ٪ عام ١٩٦٠ إلى ٣٨,٨ ٪ عام ١٩٦٥ ، ونسبة الإنكلستوما من ١١ ٪ إلى ٧,٦ ٪ وهبط معدل وفيات الأطفال الرضع من ١٥٠ فى الألف عام ١٩٥٢ إلى ١٠٠ فى الألف عام ١٩٦٥ ، وهبط معدل الوفيات العامة من ١٩,٦ فى الألف عام ١٩٥٢ إلى ١٣,٩ فى الألف عام ١٩٦٥ . وزاد متوسط عمر الفرد أكثر من عشر سنوات بين عامى ١٩٤٧ و ١٩٦٤ .

لقد كان الإنفاق على الخدمات الصحية بالنسبة إلى الفرد فى سنة ٥٩ / ٦٠ ٧٠ قرشاً فى السنة وصل فى آخر الخطة الخمسية إلى ١١٠ قرشاً . وكان لابد أن يؤدى هذا التوسع فى الخدمات الصحية إلى جانب عوامل أخرى إلى بعض التحسن فى المستوى الصحى .

ولكن رغم التقدم الذى أحرزناه فلابد من الاعتراف بأننا ما زلنا فى أول الطريق . وأن المشاكل الصحية الرئيسية لجماهير الشعب ما زالت كما هى لم يطرأ عليها تغيير يذكر ، رغم الجهود الضخمة التى بذلت ، ورغم حركة الإنشاء الواسعة التى تمت . إننا لا نقلل من قيمة المشاريع التى نفذت فى الريف والمدينة ، ولا من أهمية الوحدات الريفية والتأمين الصحى ، وصناعة الدواء والمستشفيات التى انتشرت فى كل مكان ، والأطباء الذين تخرجوا بالمئات ، ولكننا ندرك فى نفس الوقت أن ثمة عيوباً أساسية تحتاج إلى علاج ، وأن ثمة مسائل رئيسية يجب وضعها فى الاعتبار عند تخطيط الخدمات الصحية فى المستقبل .

١ — ربما كان أهم عنصر فى ارتفاع مستوى الخدمات الصحية هو العنصر البشرى الذى يحتاج إلى اهتمام خاص . إن التزايد فى عدد القوى العاملة فى وزارة الصحة وأقسامها والذى ارتفع من ٣٥٠٢٤ سنة ٥٩ / ١٩٦٠ إلى ٧٥٣٧٠ سنة ٦٤ / ١٩٦٥ ، والزيادة فى الوظائف الفنية العالية من ٣٢٥٤ إلى ٨٣١٦ لم يصحبها التخطيط اللازم وفقاً لاحتياجات الخدمات الصحية . وذلك ينطبق على بعض التخصصات الطبية ، وكذلك على سياسة الحوافز اللازمة لجذب أحسن العناصر إلى العمل فى الخدمات الصحية التى تشرف عليها الدولة . كما يرتبط

ارتباطاً وثيقاً بمسألة الفئات المساعدة التى لابد من رسم سياسةواضحة لها ،وفتح فرص الكسب المادى المتزايد والتقدم العلمى أمامها .

إن سياسة سليمة فى تدريب الأفراد وفى إيجاد المهارات اللازمة وتشجيعها ، من شأنه ، إلى جانب تدعيم الإشراف الجماهيرى على المنشآت الصحية ، أن يرفع المستوى فى الخدمات الصحية وأن يضمن تشغيل الوحدات الطبية بكفاءة تزداد ارتقاء مع الأيام . وهذا أمر هام للغاية ، خصوصاً فى الفترة المقبلة ، حيث إنه من المنتظر أن ينخفض معدل الإنشاء فى الخدمات الصحية ، بينما الأطباء وأعضاء هيئة التمريض والفئات المساعدة الأخرى ستستمر فى التخرج بأعداد متزايدة مما يسمح بالاستفادة منهم فى الارتفاع بمستوى الخدمة المقدمة . ولابد من إجراء تعديل ثورى فى أسلوب التعليم الطبى والتدريب إذا أردنا لهذا الجيش الطبى أن يلعب دوره بجدارة فى الحرب ضد المرض .

٢ — رغم الأعمال الضخمة التى تمت والمنشآت التى ارتفعت فى كل مكان فما زال يوجد نقص شديد فى معدلات الخدمات الصحية مما يعطى للعنصر البشرى أهمية خاصة . ويكفى للتدليل على ذلك أن نورد بعض الأرقام .

جدول رقم ٥٤

إحصائية تبين أوجه النقص فى أنواع الأسرة المختلفة سنة ١٩٦٧

	عدد الأسرة اللازم وجودها	عدد الأسرة الموجودة فعلا	النقص
عمومى	٩٠,٠٠٠ بنسبة ٣ أسرة لكل ١٠٠٠	٤١,٧٥٣ ٤٥,٩٢١ (١٩٦٧)	٤٥,٠٠٠
صدرى	٣٠ ,٠٠٠ بنسبة ١سرير لكل ١٠٠٠	١٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠
حميات	١٠,٠٠٠ بنسبة ١ سرير لكل ٣٠٠٠	٦٢٩٨	٤٠٠٠
جذام	١٨٠٠٠ لعدد ١٠,٠٠٠ مريض إيجابى	١٩٩٩	١٦,٠٠٠
عقلية	٢٥,٠٠٠ لعدد ٥٠,٠٠٠ مريض	٤٢٤٥	٢١,٥٠٠

* مجموع الأسرة العمومى يتضمن أسرة المستشفيات العامة ومستشفيات العيون والأمراض المتوطنة والمجموعات الصحية والوحدات المجمعة والمستشفيات الجامعية وقسم طبى الأوقاف سابقاً .

وهكذا يتضح أن من واجب الحكومة ، كلما أمكنها ذلك ، أن تخصص المبالغ اللازمة لاستكمال الخدمات الصحية ، واضعة فى اعتبارها أن هذه الخدمات تعتبر استثماراً إنتاجياً لأنها تصون الطاقة البشرية اللازمة للارتفاع بالدخل الصناعى والزراعى . وفى هذا المجال نؤكد مرة أخرى أهمية العيادات الشاملة التى يجب أن تنشأ شبكة واسعة منها فى المدن والريف ، وأهمية العيادات المجمعة للممارسين العامين فى المدن .

٣ — المسألة الثالثة والمهمة هو أن خطة الخدمات الصحية حتى الآن قد أبرزت الجانب العلاجى دون الالتفات إلا فى حدود ناقصة للغاية ، إلى الجانب

الوقائى فى الخدمات الصحية . ومع عدم التغاضى عن أن العمل الوقائى يرتبط إلى حد ما بوجود الإنشاءات الصحية المختلفة ، ومع عدم إنكار حقيقة أنه فى بلد تنتشر فيه الأمراض لابد من سرعة إيجاد الوسائل اللازمة لعلاج المرضى ، ومع التسليم بأن الخدمات الوقائية يمكن ، بل ويجب أن تنفذ بالتدريج من خلال الخدمات العلاجية وفى ارتباط معها ، مع التسليم بكل ذلك يجب أن نعترف أنه ما زال هناك إهمال للخدمة الوقائية فى الريف والمدينة . إن الأمراض المتوطنة ، والدرن ، والأمراض المهنية ، مسائل هامة تحتاج إلى جهود وقائية ضخمة . ولابد من أن يرتبط العمل العلاجى بالعمل الوقائى فى جميع مستويات الخدمة الطبية . هذه هى الوسيلة الوحيدة لتحقيق ارتفاع حقيقى فى المستوى الصحى لجماهير العمال والفلاحين . وهى الوسيلة الوحيدة أيضاً لنتفادى إلقاء الملايين من الجنيهات سنة بعد سنة فى جوف الأمراض التى لن تنتهى إلا إذا استؤصلت تماماً . وفى عملية الوقاية هذه فإن الاعتماد بشكل متزايد على الأسلوب الجماهيرى فى العمل أمر لابد منه للنجاح فى هذه المهمة الشاقة .

٤ — ويرتبط بمسألة السياسة الوقائية ضرورة تحديد أهداف واضحة لكل مرحلة من مراحل الخطة ، بحيث توضع المشروعات والبرامج على أساس التخلص من الأمراض الواحدة تلو الأخرى فى مدد زمنية محددة ، وبحيث توضع سياسة واضحة للأولويات ، ليس فقط فى برامج المقاومة للأمراض ، ولكن أيضاً للإنشاءات . ومع الاعتراف بضرورة إيجاد المعاهد الطليعية فى فروع التخصص المختلفة ، بغرض مسايرة التقدم العلمى والتكنولوجى العالمى ، فإنه ليس من حسن السياسة مثلاً أن ينشأ معهد للسرطان أو مستشفى لشلل الأطفال بينما الأمراض المتوطنة والطب الصناعى والصحة العامة لم تحظ بعد بنفس الاهتمام .

إن الوسيلة الوحيدة لتفادى مثل هذه التناقضات هو وجود أهداف صحية محددة فى كل خطة ، بحيث تتطور الخطة من مرحلة الأهداف المالية والإنشاءات

إلى برامج للكفاح ضد المرض فتصبح فيها الإنشاءات والاعتمادات وسائل لتحقيق الغرض الأصلى .

٥ — عند تخطيط الخدمات الصحية لابد من مراعاة التوزيع الجغرافى بحيث يعمل حساب المناطق الصناعية الجديدة والمدن الناشئة ، كما يجب السعى لسد الفجوة التى ما زالت قائمة بين المدينة والريف ، وبين المناطق المتقدمة نسبيًا والمناطق المتخلفة .

٦ — إن الظروف الاقتصادية التى تمر بالبلاد فى المرحلة الحالية تطرح على بساط البحث مشكلة تكاليف الخدمات الصحية ، وعلى الأخص الوحدات الصحية فى الريف ، والتأمين الصحى فى المدن ، وفى رأينا أنه منعاً لسوء استغلال الخدمات المجانية ، أو ذات الأجر المنخفض ، يجب فرض رسوم مناسبة على الأدوية بالذات ، ثم على بعض الخطوات الأخرى فى العلاج . ومن شأن هذه الرسوم أن تمنع تدفق مدعى المرض بغرض الحصول على أدوية مجانية أو مزايا أخرى ، وأن تخفض تكلفة العلاج للفرد بحيث يمكن التوسع فى الخدمات الصحية ، وتخطى الحدود التى فرضتها التكلفة المرتفعة لهذه الخدمات .

٧ — أصبحت مسألة الاهتمام بالإحصاءات الحيوية المتعلقة بالصحة والمرض ، وإجراء مختلف أنواع المسح الصحى ، وتحديد معدلات واضحة للإنشاءات والعيادات والأفراد والأسرة ، مسألة حيوية لا يمكن بدونها أن يتم تخطيط علمى سليم .

٨ — آن الأوان لخلق أجهزة موحدة للإشراف على الخدمات الصحية بحيث يمكن رسم خطة شاملة ومنسقة وتفادى التضارب والتمزق الذى نعانى منه حتى الآن .

ويتجه التخطيط الصحى فى بلادنا إلى التطبيق الذى يعتمد على مركزية التخطيط ولا مركزية التنفيذ . وقد أدى هذا الاتجاه إلى إنشاء المناطق الطبية بوصفها الأجهزة المحلية المنوط بها تنفيذ خطط وزارة الصحة على نطاق المحافظة

التى تكون كل منها مسئولة عنها . ولكن هذا الأسلوب لا يعنى على الإطلاق الفصل بين التخطيط والتنفيذ ، بل إن الصلة بين السلطات المركزية والمحلية هام للغاية لأن الخطة تنبع من مجموع الاحتياجات المحلية فى كل مكان ، ولأن متابعتها وتقييمها يتوقف أساساً على تجربة الأجهزة المحلية ودراساتها للنتائج .

وللسلطات المركزية المختلفة الممثلة فى وزارة الصحة وظائف متعددة وأساسية هى :

١ — رسم السياسة العامة ، و وضع الخطة بأولوياتها والبرامج المنفذة لها والمشاريع التى تخدمها وتحديد الأجهزة اللازمة لتنفيذها ، وطريقة إعداد الأفراد .

٢ — تقديم الخبراء والمشورة الفنية .

٣ — وضع المعدلات الخاصة بالأداء .

٤ — تقييم الأداء ومتابعة التنفيذ .

٥ — القيام بالخدمات المركزية التى تستفيد منها الجمهورية كلها .

وهذا يتطلب أن تتحول الوزارة بالفعل إلى جهاز للتخطيط والمتابعة ، وأن تتخفف من الأجهزة البيروقراطية المتضخمة التى ليست لها صلة بهذه المهام ؛ كما يتطلب توحيد الخدمات الصحية كلها تحت مسئولية الوزارة والوزير ، بحيث يمكن رسم خطة شاملة ، والتنسيق بدقة بين القطاعات المختلفة ، وحسن استخدام الإمكانيات المتوفرة دون تكرار أو تبديد .

لذلك يجب أن يكون وزير الصحة هو المسئول عن جميع الخدمات الصحية فى الجمهورية ، وعن تنظيمها وتيسيرها ، طبقاً لخطة الدولة . كما يجب أن يشرف على جميع الأجهزة والتنظيمات التى تمارس نشاطاً صحياً . ويعاونه فى ذلك المجلس الأعلى للخدمات الصحية ، فى رسم السياسة الصحية العامة للجمهورية ، وفى إقرار الخطة والبرامج الصحية فى نطاق هذه السياسة ، وفى متابعة تنفيذها ، ووضع المعدلات اللازمة لتقدير مستوى الأداء ، وتقييم نتائجها على مستوى

الجمهورية . ولذلك يجب أن يجتمع بانتظام ، وأن تستكمل أجهزته ، حتى يستطيع أن يعمل بفعالية ، بوصفه أداة القيادة الجماعية فى مجال الصحة ، كما يجب أن يتسع فيه نطاق التمثيل الشعبي بضم مندوبين لنقابات العاملين فى الخدمات الصحية والاتحاد الاشتراكى ومنظمات الشباب .

ويتولى الوزير ، عن طريق وزارة الصحة ، والمؤسسات ، والهيئات العامة ، وغيرها من الأجهزة المماثلة التى يشرف عليها تنفيذ السياسة الصحية العامة للدولة ، ووضع الخطط والبرامج والمشروعات ، ومتابعة تنفيذها وتقييم نتائجها .

وتشمل الأجهزة التى تزاول نشاطاً صحياً فى الجمهورية العربية المتحدة ما يلى :

١ — المجلس الأعلى للخدمات الصحية .

٢ — وزارة الصحة ومديريات الشئون الصحية بالمحافظات .

٣ — الهيئة العامة للتأمين الصحى وفروعها بالمحافظات والوحدات العلاجية التابعة لها .

٤ — المؤسسة المصرية العامة للأدوية ، والكيماويات ، والمستلزمات الطبية ، والشركات التابعة لها .

٥ — المؤسسة العلاجية ، والمجالس العلاجية بالمحافظات ، والمستشفيات التابعة لها .

٦ — المستشفيات الجامعية .

٧ — الخدمات الطبية بالهيئات ، والمؤسسات العامة ، والشركات ، والمصالح .

٨ — الخدمات الطبية بالقطاع الخاص : مستشفيات ، مستوصفات ، عيادات خاصة ، والمعامل الطبية الخاصة ، والصيدليات الخاصة وغيرها .

وحتى يتم التنسيق بين الجهات المختلفة فقد اقترحنا تكوين مجالس محلية على مستوى المحافظات يمثل فيها الجهات المختلفة حتى يمكن رسم خطة تنفيذية تتفق

وظروف كل محافظة وحتى يتم تنفيذ الخطة بطريقة منسقة . كما يجب الإسراع فى تشكيل مجالس الإدارات وفى تشجيع كافة أشكال تطبيق الديموقراطية فى الخدمات . وفى هذا الصدد آن الأوان لإحداث تغيير جذرى فى طبيعة نشاط وزارة الصحة ولخلق الجهاز التنظيمي الذى يسمح بتنفيذ هذا التغيير . فإذا كانت المهمة الرئيسية لوزارة الصحة فى أى بلد من البلدان هى رسم السياسة الصحية ومتابعة تنفيذها ، على أن تتولى بالذات النشاط ذا الطابع القومى والمتعلق أساساً بالوقاية من الأمراض واستئصالها ، فمن الضرورى إذن أن تتخلص الوزارة من أعباء إدارة الأجهزة العلاجية المختلفة ، وذلك بإنشاء هيئة عليا للخدمات العلاجية ينضوى تحت إشرافها جميع الوحدات العلاجية من مستشفيات وعيادات شاملة ومعاهد خاصة إلخ . ويتم توحيد الأجهزة العلاجية المتفرقة داخل هذا الإطار الذى سيخضع لخطوط السياسة الصحية التى تضعها الوزارة وللإشراف والمتابعة الفنية من جانبها .

وإلى جانب الإشراف على مؤسسة الأدوية والهيئة العلاجية المذكورة ينبغى أن تقام مؤسستان جديدتان . واحدة منهما للمعامل والأبحاث والأخرى تشكل عن طريق الاندماج بين التموين الطبى وشركة الجمهورية للمستلزمات الطبية، تكون مهمتها الأساسية تجهيز المستشفيات والوحدات الصحية المختلفة فى المدينة والريف ، وصيانة هذه الأجهزة .

وعن طريق خلق هذه المؤسسات والهيئات يتحقق غرضان أساسيان :

١ — توحيد الخدمات الصحية تحت إشراف واحد،وهى مسألة أصبحت هامة للغاية لضمان حسن التخطيط والتنسيق وتوفير الجهود المبددة والإمكانيات المبعثرة ، خصوصاً فى مرحلة أصبحت فيها عملية التوفير الاقتصادى ، والدقة والفعالية فى استخدام الموارد جزءاً من المعركة التى نخوضها ضد العدوان الاستعمارى الصهيونى .

٢ ــ إتاحة الفرصة أمام الوزارة لكى تلقى بكل ثقلها فى حملة الوقاية من الأمراض والتخلص منها الواحدة تلو الأخرى ، وأن تمارس بالتالى مسئولياتها الأساسية فى مجال الخدمات الصحية .

ويتوقف نجاح وزارة الصحة فى القيام بمهامها على سلامة الأسلوب الإدارى الذى تتبعه ، ذلك الأسلوب الذى لابد أن يعتمد على الحسم فى القرارات ، وإعطاء المسئولية للعناصر الشابة ذات الكفاءة ، المؤمنة بالتجديد وبضرورة التطور السريع ، وعلى المناقشة الديموقراطية الواسعة ، وحرية النقد الصريح والشجاع ، والعمل الجماهيرى على أوسع نطاق .

* * *

مطابع دار المعارف بمصر
سنة ١٩٦٨

الصحة والتنمية

إن الخروج من نطاق التعميمات النظرية إلى دراسة الواقع هو أحد الواجبات الرئيسية الملقاة على عاتق الباحثين فى بلادنا . وكتاب « الصحة والتنمية » هو تطبيق لهذا المفهوم فى ميدان الخدمات الصحية . إنه ثمرة ثلاث سنوات من الجهد المتواصل ، فى سبيل دراسة أحد المجالات الحيوية والحساسة ، التى تتعلق بأعز ما يملك الإنسان : حياته وصحته ، وتمس مصالح الجماهير عن قرب .

لقد حاول المؤلف أن يقدم دراسة شاملة عن الخدمات الصحية فى بلادنا بمختلف نواحيها الوقائية والعلاجية ، ومختلف مجالاتها فى المدينة والريف . ولكنه لم يكتف بالتعرض لما تم ، وإنما سعى أيضاً إلى تقييمه ، وإلى تبيان الإنجازات الحقيقية من ناحية ، والثغرات التى ما زالت قائمة من ناحية أخرى . كما سعى إلى تحديد خطوط المستقبل ، وأوضح العلاقة الوثيقة بين مشاكل الصحة وقضية التنمية .

ولا شك أن قيمة الكتاب الذى تقدمه دار المعارف لقرائها اليوم ، يكمن فى أنه طرق ميداناً لم يتناوله كتاب بالدراسة المستفيضة من قبل ، وسلك منهجاً يتميز بالروح العلمية التى تربط بين مشاكل الصحة وبين الجوانب الأخرى من النشاط الاجتماعى والاقتصادى فى بلادنا

والكتاب يعد مرجعاً للتعريف بواقع الخدمات الصحية فى العربية المتحدة .



ـــــص
١١٥